Centres d'hébergement et pensions surveillées pour personnes âgées

Lignes directrices de conception

Prix : $3.00

Société canadienne d'hypothèques et de logement
Canada Mortgage and Housing Corporation

L'honorable Elmer MacKay
Ministre

Also available in english
under the title
Nursing Homes and Hostels
with Care Services
for the Elderly —
Design Guidelines

ISBN 0-660-10293-5
N° de cat. NH17-7/1979

92-05894/

Table des matières

Introduction ii

Remerciements iii

Première partie
Les principes régissant les soins accordés aux personnes âgées 1

Deuxième partie
Les données du problème 5
Définition des centres d'hébergement et des pensions surveillées 5
Les types de soins 5
Caractéristiques des usagers 7
L'espace exigé par les soins dans un établissement 10
L'élément résidentiel d'un établissement 12
Conséquences générales sur la conception et la planification 13
Conséquences sur l'aménagement du terrain 14
Planification des fonctions 15
Planification des activités sociales 16
Planification des soins 19
Le choix d'une planification 20
Conséquences pour le personnel 20
Les coûts 22
Besoins à prévoir et agrandissements 24

Troisième partie
Les considérations architecturales 25
Programmation architecturale 25
Programmation exprimée en termes de spécifications de l'utilisation 25
Accessibilité 48
Critères d'aménagement du terrain 50
Proximité 52
Considérations esthétiques 53
La répartition spatiale 54
Détails concernant la répartition spatiale 57
Repères pour évaluer la surface brute 61

Quatrième partie
Détails de conception 63
Critères détaillés d'aménagement du terrain 63
Appareillage et accessoires 65

Annexes 76
A. Données anthropométriques 76
B. Caractéristiques régionales 85
C. Glossaire 88

Références 89
Bibliographie 89
Code national du bâtiment du Canada 91
Problèmes traités par la législation dans les provinces 92

Index 93

Introduction

Le nombre des personnes âgées continuera d'augmenter dans notre société pendant au moins les cinquante prochaines années. La Société canadienne d'hypothèques et de logement, aux termes de la Loi nationale sur l'habitation, a financé une quantité croissante de logements pour les personnes âgées y compris des centres d'hébergement et des pensions surveillées pour personnes âgées qui fournissent des soins personnels à divers degrés.

La Loi nationale sur l'habitation admet que les centres d'hébergement et les pensions surveillées puissent servir de logement aux personnes âgées qui requièrent des soins. Cependant, la loi se réfère uniquement aux éléments résidentiels de telles institutions. C'est parce qu'il n'existe pas de définition spécifique et claire d'éléments tels que «éléments résidentiels», «soins personnels», «soins médicaux», que la SCHL s'est trouvée devant la nécessité d'établir des lignes directrices afin de déterminer les principes appropriés au logement social.

Le besoin de lignes directrices s'est manifesté parmi le personnel de la SCHL, les organismes publics, les simples citoyens, les architectes et les autorités provinciales. Un certain nombre de gouvernements provinciaux et municipaux sont déjà en possession d'une législation concernant les centres d'hébergement et les pensions surveillées pour personnes âgées. Les lignes directrices de la SCHL respectent sans la moindre altération cet ensemble législatif. La SCHL a choisi comme consultants, en 1977, la firme torontoise d'architectes et d'urbanistes, A.W. Cluff et P.J. Cluff. La recherche et la production ont été effectuées sous la direction de Pamela Cluff. Le présent document en est le résultat.

L'enquête préliminaire a consisté en un relevé, établi par les consultants au moyen d'un questionnaire envoyé par la poste et de visites sélectives des installations construites à travers le Canada en vertu des articles 15.1, 40 et 43 de la Loi nationale sur l'habitation.

Il en est résulté un exposé fort complet des données du problème et 11 monographies, comprenant une bibliographie critique, un exposé comparatif de la législation et le résumé par région des réponses au questionnaire envoyé par la poste.[1]

En outre, dans six des centres les plus importants du Canada, les bureaux régionaux de la SCHL, les ministères de l'habitation, de la santé et des services sociaux ont été visités et consultés afin d'en tirer des points de vue à la fois nationaux et régionaux. Le document final se compose donc d'informations de provenances très diverses. Il prolonge et donne plus d'étendue au travail déjà effectué par la SCHL dans ses deux documents précédents, *Logements pour personnes âgées* et *Logements pour les handicapés*.

La première partie donne le tableau des besoins des personnes âgées et esquisse les principes à suivre dans la dispensation des soins. La deuxième partie traite des exigences fonctionnelles et de planification des installations destinées aux personnes âgées. La troisième partie décrit les considérations architecturales tandis que la quatrième partie s'occupe des détails de conception.

Le dessein principal de cette étude est de fournir les éléments d'une bonne conception, fondée sur des principes sains. Elle est destinée à aider à trouver des solutions et non à en prescrire. Ses auteurs souhaitent qu'elle puisse servir utilement à tous ceux qui, dans une collectivité, désirent fournir un abri aux personnes âgées.

Pamela Cluff
Décembre 1978

Les commentaires et suggestions à ce sujet seront reçus favorablement; il faudrait les adresser au
Directeur, Division des Normes
Société canadienne d'hypothèques et de logement
Bureau national
Chemin de Montréal
Ottawa, Canada K1A 0P7

[1]Voir références, page 89.

Remerciements

La Société canadienne d'hypothèques et de logement a le plaisir de remercier Madame Pamela Cluff, architecte, pour les recherches et le travail de préparation accomplis en vue de *Centres d'hébergement et de pensions surveillées pour personnes âgées — Lignes directrices de conception.*

À tous ses stades cette étude a subi l'examen d'un comité créé à cet effet par la SCHL. Le coordonnateur de l'entreprise était Jean-Rémi Champagne, architecte, de la Division des normes, secteur des normes et des services spécialisés et techniques au Bureau national de la SCHL.

Les renseignements touchant les questions régionales ont été fournis par les fonctionnaires régionaux de la SCHL dans toutes les provinces et le Yukon ainsi que par les organismes fédéraux, provinciaux et municipaux dont la juridiction s'étend au logement, aux statistiques, à la santé, au bien-être, aux services sociaux et communautaires. Ils sont cités dans les rapports d'études et la bibliographie, qui furent préparés sous forme de monographies. Ces monographies ne sont pas publiées mais peuvent être consultées à la bibliothèque du secteur des normes et des services spécialisés et techniques de la SCHL, au Bureau national.[1]

Au cours de cette étude un bon nombre de spécialistes en gérontologie et en médecine gériatrique, au Canada et aux États-Unis, nous ont gracieusement fait part de leurs avis et de leur expérience. Les monographies en font état en les citant.

L'information contenue dans les graphiques provient de diverses sources entre autres :
Les publications de la SCHL *Logements pour les handicapés* et *Logements pour les personnes âgées*
Normes de construction pour handicapés 1977, supplément no 5 du Code national du bâtiment du Canada
Designing for the Disabled, par Selwyn Goldsmith
Anthropometric Data, par Henry Dreyfuss
The North Carolina Illustrated Code et *The American Institute of Landscape Architects Handbook on Barrier-Free Site Design*

Ces informations ont été complétées et converties par les consultants en mensurations métriques uniformes. Toutes les dimensions sont exprimées en millimètres, sauf dans quelques cas expressément signalés.

Afin d'illustrer les problèmes de la conception, les consultants ont photographié, en diapositives, certaines des installations édifiées en vertu de la Loi nationale sur l'habitation. Ces diapositives ne se retrouvent pas ici mais peuvent être consultées à la bibliothèque du secteur des normes et des services spécialisés et techniques, au Bureau national de la SCHL.

Les diagrammes et dessins reproduits aux pages 26, 27, 28, 29, 32, 34, 36, 40, 41, 42, 43, 47, 66, 67, 69, 70, 72, 73,74, 75, 76, 77, 78, 79, 80 et 81 sont tirés de la publication intitulée "Designing for the Disabled" de Selwyn Goldsmith RIBA et sont couverts par copyright par la maison RIBA Publications Ltd. de Londres. On ne peut les reproduire sans la permission du détenteur du droit d'auteur.

[1]La liste de ces monographies apparaît aux références, page 89. On peut s'en procurer des photocopies au prix coûtant chez le bibliothécaire.

Première partie
Les principes régissant les soins accordés aux personnes âgées[1]

La population âgée

Selon l'opinion générale, le nombre des personnes âgées au Canada augmentera, non seulement en chiffres absolus, mais encore en proportion relative à la population totale, et ce pendant les cinquante prochaines années. Les recherches en gérontologie ont établi qu'il y a trois types distincts de personnes âgées de soixante-cinq ans et plus :

1. Le premier type ou «jeunes vieillards» de 65 à 74 ans;
2. Le deuxième type ou «vieillards» de 75 à 84 ans;
3. Le troisième type ou «très vieux» de 85 ans et plus.

Ces trois catégories de personnes âgées ont des caractéristiques très distinctes et très nettes.

Les jeunes vieillards

Souvent ils ne montrent que peu de différence avec les personnes d'âge mûr, sauf, généralement, qu'ils n'appartiennent plus à la population active et mènent leur existence par couples ou en solitaires, loin de leurs enfants.

Dans ce groupe, beaucoup de personnes sont encore alertes, autonomes et actives, à moins d'avoir éprouvé quelque perte importante touchant leur santé ou leurs fonctions, ou bien un veuvage récent. C'est alors seulement qu'ils recherchent l'aide des professionnels des soins et de la santé, un revenu supplémentaire ou un autre logement. Il faut bien noter que ce groupe doit être entendu comme composé d'individus capables et désireux de mener une existence autonome, encore fortement reliés à la collectivité et à la famille.

Les vieillards

Entre 75 et 85 ans, les personnes âgées qui ont survécu jusque-là sans affaiblissement notable de leur santé, commencent habituellement à être affligées d'un déclin de la santé et de l'acuité sensorielle qui est souvent associé au stéréotype du grand âge. Les amis qui disparaissent, les familles qui déménagent, sont autant de pertes sociales et psychologiques qui s'additionnent aux précédentes. Le tout est encore rendu plus pénible par l'exiguïté des revenus. La personne âgée typique de ce groupe d'âge est généralement une femme (les deux tiers, selon la moyenne nationale), vivant seule d'une pension de vieillesse et souffrant d'amoindrissements physiques et sensoriels plus ou moins nombreux.

C'est pendant cette décennie critique que la plupart des personnes âgées commencent à avoir besoin de soins et de l'aide de la collectivité. Pour celles qui sont fortement diminuées, il peut être nécessaire de leur procurer un environnement protégé où elles soient assurées de trouver des soins personnels (observation suivie et surveillance de la santé) en cas de besoin.

Les très vieux

Les personnes qui dépassent 85 ans ont, pour la plupart, surmonté de nombreuses crises durant les deux décennies précédentes. Certaines auront survécu, comme un ressort résiste aux chocs, et auront gardé leur autonomie. Beaucoup plus, hélas, auront connu le déclin grandissant de leur santé, de leur mobilité, de leur acuité sensorielle et de leur bien-être et pourront avoir besoin d'une certaine quantité de soins, y compris des soins de santé continus. Les soins peuvent consister en une surveillance de la santé, en soins personnels ou alimentaires, ou bien encore couvrir les domaines de la mobilité, de l'incontinence, de la thérapie médicamenteuse et de son orientation. Mais le souci le plus fréquemment exprimé par les personnes âgées elles-mêmes concerne l'aide au logement, le supplément au revenu, la conservation des capacités normales aussi bien que les soins de santé.

Cette catégorie comprend la majorité des personnes qui cherchent un logement muni des services qu'on vient de décrire. L'âge moyen des personnes vivant dans ces établissements est actuellement de 83 ans. L'espérance de vie a cependant augmenté au cours des 25 dernières années et l'on peut s'attendre à ce que les établissements qui fournissent des soins personnels, alimentaires et de santé connaissent une clientèle grandissante de «très vieux» dans la prochaine décennie.

Les recherches et les expériences des gérontologistes démontrent de plus en plus clairement que les personnes âgées qui sont forcées de déménager chaque fois que se produit une modification de leurs besoins personnels ou de ceux de leur santé, éprouvent un traumatisme plus ou moins grave. Dans certains cas, ces déménagements sont un tournant critique et la mort peut s'ensuivre.

Il y a, à n'en pas douter, une limite aux capacités d'accepter le changement et de s'y adapter, tout spécialement durant l'âge si vulnérable dont nous nous occupons. Des plans d'action qui tiennent compte du déclin croissant de l'âge doivent en conséquence être mis en place pour pallier ces affaiblissements lorsqu'ils surviennent.

[1]On trouvera dans la deuxième partie, pages 7-9, le portrait de la personne âgée hébergée dans un établissement spécialisé au Canada.

On notera que, dans bien des cas, de jeunes adultes, handicapés physiquement, se trouvent hébergés dans des établissements pour personnes âgées à cause de l'absence d'autres solutions pour leur fournir le logement et les soins nécessaires. Il est bien établi que ces jeunes adultes ont peu en commun avec les vieillards et les très vieux. Il faut espérer que des soins et des logements plus appropriés puissent être trouvés pour ce secteur de la population.

L'environnement approprié

Les établissements qui fournissent des soins ont, pendant longtemps, suivi le modèle médical, à la fois pour les bâtiments et pour le style de gestion. Les solutions et les projets qui en ont résulté se caractérisaient souvent par une conception paternaliste de la personne âgée, conception qui se manifestait de nombreuses façons, grossières ou, parfois, subtiles. On a créé peu d'environnements qui satisfassent aux besoins particuliers des personnes âgées.

Les idées nouvelles sur le grand âge et ses besoins exigent que nous nous efforcions de concevoir des logements et des services qui respectent la dignité, la vie privée et l'autonomie des personnes et leur offrent les soins qu'elles nécessitent en protégeant leur amour-propre, leur désir de vivre et leur capacité d'agir.

Trop de personnes âgées vivent ces années dans l'angoisse et la désespérance, forcées qu'elles sont d'abandonner non seulement leurs biens personnels mais aussi leur rang social. Notre société de bien-être a été en même temps paternaliste et autoritaire dans les solutions qu'elle a trouvées pour ceux qui sont dans le besoin. Cela s'est traduit en établissements de taille inappropriée, souvent isolés de la vie sociale et planifiés selon les critères prédominants de l'économie dans la construction et dans la gestion.

Le progrès, dans presque toutes les provinces, des services de soins pour les personnes âgées au sein de la communauté, réflète à la fois la reconnaissance du bénéfice qu'il y a à garder les personnes âgées dans leur propre collectivité et la conviction qu'il est moins coûteux de prendre soin de nombre de ces personnes en dehors des établissements institutionnels.

Mais, quels qu'en soient les motifs, la mise en application des principes, les solutions et les projets qui en résultent, un nombre important de «vieillards» et de «très vieux» continuera d'exiger des conditions d'existence regroupée avec des soins personnels communs et un accès immédiat aux services médicaux. Les solutions mentionnées ici comprennent les pensions surveillées pour personnes âgées et les centres d'hébergement (voir deuxième partie, définition des centres d'hébergement et des pensions surveillées).

Une question d'échelle

L'importance d'un établissement devrait être adaptée au contexte communautaire et satisfaire aux critères qui concernent la gestion, le personnel et l'économie. Les établissements qui offrent les soins du plus haut niveau sont souvent regardés comme des unités complètes en elles-mêmes et spécialisées dans leurs services.

Un module typique peut héberger de 25 à 35 personnes suivant le type des soins offerts (25 personnes par unité de soins infirmiers).

Les établissements de moins de 30 unités ont démontré qu'ils étaient trop petits pour pouvoir assurer tous les soins adéquats et pour garder un rapport économique entre l'hébergement et les domaines complémentaires. D'un autre côté, les établissements qui abritent plus de 150 ou 175 résidants deviennent facilement impersonnels, faute de rapports suffisants entre les résidants et le personnel. Ces grands établissements sont habituellement construits à plusieurs étages et exigent donc des ascenseurs.

Quel que soit le système, de petits groupes de 10 à 15 personnes semblent fournir les occasions les plus favorables aux rapports de sociabilité et entretenir les sentiments de bien-être chez les résidants. Ces groupes doivent être formés à l'échelle de la résidence. L'intrusion des concepts traditionnels dans les soins médicaux peut annihiler l'ambiance qu'on voulait créer. Une autre influence désastreuse peut être exercée par les réglementations locales sur la construction, la sécurité et les taux d'occupation qui tendent à mettre de l'avant les valeurs administratives.

Principes pour l'action
Depuis juin 1978, la SCHL finance uniquement le coût en immobilisations de la partie «habitation» des centres d'hébergement et des pensions surveillées.

La coopération entre les associations marraines et les organismes provinciaux ou municipaux de santé et de services sociaux déterminera le niveau que pourront atteindre les soins dispensés dans ces établissements.

Lignes directrices
Ces lignes directrices sont élaborées à l'intention de tous ceux qui s'occupent de fournir logement et soins aux personnes âgées. On se réfère à trois catégories de soins, tels qu'ils sont déterminés par le ministère fédéral de la Santé (voir deuxième partie, Définition des types de soins).

Les cinq types de soins déterminés par le Comité consultatif fédéral-provincial de l'assurance-maladie en novembre 1973 et utilisés actuellement par Santé et Bien-être Canada aux fins de planification, de développement, d'administration et de recherche, peuvent être décrits comme suit :

I Soins personnels en résidence, ambulants ou limités (soins infirmiers intermédiaires, de moins d'une heure et demie par jour, en Ontario).

II Soins personnels avancés avec supervision ou soins infirmiers en résidence (soins avancés de plus d'une heure et demie par jour, en Ontario, soins intermédiaires en Colombie-Britannique).

III Soins prolongés dans une unité pour cas chroniques ou dans un hôpital.

IV Soins spéciaux pour incapacité stabilisée dans un centre de réadaptation ou dans un hôpital.

V Soins intensifs en cas de maladie sérieuse ou critique dans un hôpital.

La ligne de conduite actuelle de la SCHL est de fournir une aide en capital pour le logement des personnes âgées qui ont besoin principalement de soins du type I ou II. Cependant notre recherche nous amène à penser que les établissements construits pour administrer uniquement ces types de soins devraient pouvoir s'adapter au type III au fur et à mesure de l'avance en âge des résidants. Ces établissements devraient pouvoir se transformer selon le type de soins exigés sans nécessiter de coûteuses modifications des bâtiments.

C'est pourquoi il faut que les plans et la construction des nouveaux établissements intègrent le concept des besoins changeants des résidants âgés. Bien qu'il ne faille pas inclure, dans les phases initiales de la construction, toutes les composantes dues aux soins qui pourraient être exigés, un plan directeur complet devrait être une nécessité. Un plan directeur de la sorte devrait comprendre une description des fonctions que l'établissement doit assumer et un projet d'architecture qui reflète les transformations auxquelles on doit s'attendre dans les types de soins à mesure que le temps passe.

Les pensions surveillées
On a construit des pensions surveillées pour personnes âgées dans plusieurs provinces, le plus souvent pour fournir un logement aux «jeunes vieillards» et, dans certains cas, à un certain nombre de «vieillards». Ces constructions varient de taille et de conception, mais sont pour la plupart faites pour héberger des personnes âgées en bonne santé et quelques résidants du type I. Bien qu'ils aient connu un relatif succès dans leurs premières années, ces établissements se sont rarement montrés adaptables aux besoins changeants des personnes âgées. Notre recherche démontre qu'ils n'offrent qu'une solution transitoire. D'autres désavantages comprennent l'obligation de prendre les repas en groupe, avec peu ou pas d'échappatoires. Ce seul facteur s'est révélé une pierre d'achoppement administrative et économique. Les personnes âgées trouvent que les établissements qui ne fournissent que des repas en commun compensent rarement d'un avantage financier la perte de leur indépendance et la réduction de leur intimité. La fréquence des déménagements et le petit nombre des locataires dans ces établissements démontrent que les personnes âgées préfèrent tenter leur chance au sein de la communauté, dans une chambre à louer ou un appartement, ou encore dans une maison qui leur appartient et où ils peuvent au moins garder un semblant d'indépendance et quelques contacts avec la société et avec leur famille.

Les établissements qui n'offrent que les soins des types I et II peuvent convenir s'ils ont été conçus en complément d'un établissement fournissant plusieurs types de soins ou s'ils sont faits pour des sections spécifiques de la population, comme, par exemple, les hommes âgés dans les collectivités du nord.

Les centres d'hébergement

Notre recherche a montré qu'il n'existe pas un seul et unique concept d'un centre d'hébergement pour personnes âgées. Chaque province fait état d'une grande variété de solutions, allant des établissements collectifs offrant trois types de soins ou plus, aux établissements qui réunissent appartements et chambres à coucher (dans la catégorie générale des foyers pour personnes âgées), offrant parfois des soins du type I et II et parfois des soins d'un type plus avancé.

Selon la province où ils se trouvent, les normes provinciales et les avantages financiers disponibles, ces établissements offrent des soins qui vont de la simple résidence avec surveillance jusqu'à la panoplie complète des soins médicaux, souvent avec l'aide d'un hôpital.

Les établissements qui ont surmonté les difficultés du relogement des personnes âgées offrent les soins du type I et du type II et se partagent la gestion, les espaces de détente et de passe-temps, les repas, la buanderie, et l'entretien ménager.

Le personnel

La composition du personnel est le résultat d'éléments comme l'état de santé des résidants, les contraintes économiques qui affectent la dispensation des soins, les allocations journalières dont on peut disposer et enfin les suppléments de budget disponibles pour les services sociaux ou de santé.

La planification des activités

Comme le personnel, la planification des activités dépend des politiques provinciales, de l'espace disponible et des ressources de la communauté. Il y a, au Canada, une tendance grandissante à intégrer une bonne part de la planification des activités du genre social dans tous les types d'établissements de soins, en faisant fréquemment appel aux ressources de la collectivité et au bénévolat. Bien que certaines provinces se soient lancées dans la réalisation de nombreux projets, il y a peu de cohérence qualitative parmi ceux-ci à en considérer l'ensemble.

L'emplacement peut influencer de façon positive ou négative l'élaboration de ces projets (par exemple, un emplacement éloigné n'encourage guère le bénévolat, le personnel à temps partiel ou la participation de la famille). Les projets qui ont le mieux réussi sont ceux où la communauté est amenée à participer en utilisant en partie l'établissement comme lieu de rencontre de personnes âgées ou comme centre de soins journaliers pour ces personnes. Ceux-ci se situeront ordinairement dans des quartiers urbains où de bons services de transport et la participation de bénévoles sont assurés.

À quoi faut-il s'attendre?

Les personnes âgées qui résident dans les établissements de soins, aujourd'hui au Canada, sont nées à la fin du XIXe siècle ou au début du siècle actuel. Elles proviennent des milieux ruraux ou ont immigré au pays. Leur expérience de la vie a été limitée par leur instruction, leur revenu, leur emploi, deux guerres mondiales et la crise économique. Bien qu'une meilleure information ait pu les atteindre par l'intermédiaire des médias et des voyages durant les 20 dernières années, elles sont beaucoup moins bien informées que ne le seront vraisemblablement les futures vagues de personnes âgées.

L'instruction, l'information, la diversité des expériences, l'urbanisation enfin ne seront pas sans effets sur la personne âgée de l'avenir. La conséquence la plus significative consistera en une importante augmentation des attentes en ce qui regarde l'accomplissement personnel et l'indépendance. La population qu'il faudra servir sera bien informée, articulée et politisée et représentera une proportion croissante de la nation.

C'est à ces personnes âgées de notre futur que cette étude est dédiée. Les lignes directrices de conception que nous présentons ici indiquent le minimum et non le maximum de ce qu'il faudrait accomplir. On forme l'espoir que les normes provinciales actuellement en vigueur seront interprétées en ayant à l'esprit ces critères essentiels. La réaction des usagers permettra aux auteurs de continuer à perfectionner ces lignes directrices.[1]

[1]Une liste des ouvrages pertinents à la première partie se trouve dans les références, page 89.

Deuxième partie
Les données du problème

Définition des centres d'hébergement et des pensions surveillées

Centres d'hébergement

Les centres d'hébergement peuvent être définis en termes de fonction, de durée de séjour, d'état de santé des résidants, de soins dispensés, de composition du personnel et de services offerts. La fonction primordiale des centres d'hébergement est de fournir des services sur une base élargie, ce qui est nécessité par les besoins des résidants en soins personnels, l'habillage, la toilette, le bain, les repas et «d'autres services comme aider à marcher, à se coucher, à quitter le lit». On y inclut habituellement l'aide médicale sous forme de régimes spéciaux, prise de médicaments, pansements, de même que la restauration et la récréation. Ces services sont une exigence absolue quand ce genre d'aide dépasse les capacités du résidant, de sa famille ou de ses amis.

La moyenne du séjour en centre d'hébergement est de quatre ans, avec une tendance croissante à l'allonger. Par ailleurs la moyenne du séjour à l'hôpital est de sept à neuf jours. Cette différence est cruciale et souligne l'importance de l'environnement résidentiel dans un établissement qui offre des soins prolongés.

Pensions surveillées

La SCHL a défini les pensions surveillées comme des logements à pension qui fournissent des repas mais aucun autre service, ou comme des maisons de santé, des résidences collectives ou des maisons de réadaptation.

On peut décrire une pension surveillée comme une résidence offrant des installations qui permettent aux personnes âgées de mener une vie mi-indépendante, mi-communautaire (en partageant par exemple l'usage d'une salle à manger, d'une cuisine, d'une salle de bain ou d'un salon), et fournissant ou non un minimum de soins. Les pensions surveillées ne procurent pas nécessairement des types de soins plus avancés, quoiqu'on en puisse trouver sur place une assez grande quantité. Cette forme d'aide aux personnes âgées où le gîte est complété et équilibré par des espaces en commun réservés à la vie quotidienne et à ses activités normales est une idée assez neuve en architecture et en sociologie.

Les types de soins

Les définitions suivantes des types de soins sont fondées sur les normes de classification émises par le Comité consultatif fédéral-provincial de l'assurance-maladie.

Premier type (soins à la maison ou soins personnels)

Définition :

"Soins requis par une personne qui peut marcher ou se déplacer sans aide, dont les facultés physiques ou mentales sont sur le déclin, et qui a besoin essentiellement d'aide ou de surveillance dans ses activités quotidiennes, ainsi qu'une assistance psychologique et sociale par le canal de services sociaux et récréatifs. La durée des soins est indéterminée et relative à la condition de l'individu".[1]

Les caractéristiques des résidants à qui sont destinés les soins du type I sont les suivantes :

- L'état de santé du résidant est stabilisé ou sous contrôle.
- Cette personne peut souffrir d'une des affections qui suivent :
  a) fragilité physique ou mentale;
  b) handicap congénital;
  c) incapacité résultant d'une maladie ou d'une blessure antérieure.
- Cette personne peut marcher (en utilisant ou non des moyens mécaniques) ou se déplacer sans aide dans un fauteuil roulant.
- Cette personne a, au physique ou au mental, une capacité limitée de prendre soin d'elle-même sans aide.
- Les soins nécessaires sont, en ordre primordial, de surveillance et d'assistance au cours des activités de la vie quotidienne.
- Le traitement, s'il est nécessaire, est normalisé et inclut l'entretien des capacités physiques, la médication et la prévention.

Les soins à fournir :

Le point essentiel serait d'encourager et d'entretenir l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne et de satisfaire les besoins psychologiques et sociaux de la personne. Il s'agirait d'un programme à caractère à la fois préventif et social.

[1]Comité consultatif fédéral-provincial de l'assurance-maladie, novembre 1973.

On devrait fournir, outre les services de base comme le gîte, le couvert et le blanchissage :

- une surveillance médicale sérieuse avec visites régulièrement espacées chez le médecin, et des services infirmiers professionnels en cas de nécessité;
- des soins personnels et une assistance dans les activités de la vie quotidienne;
- la fourniture de régimes alimentaires spéciaux;
- la surveillance de la prise de médicaments;
- des activités récréatives et mondaines;
- des accessoires et équipements qui facilitent la vie quotidienne (par exemple, mains courantes, barres d'appui, chariots, etc.).

Deuxième type (soins prolongés ou soins intermédiaires)
Définition :

"Soins exigés par une personne affligée d'une maladie chronique (physique ou mentale) relativement stabilisée ou d'une incapacité fonctionnelle, qui, ayant visiblement atteint la limite de la récupération, ne subira vraisemblablement aucun changement dans le proche avenir, qui n'éprouve que relativement peu de besoin à l'égard des services diagnostiques et thérapeutiques d'un hôpital, mais qui exige des soins personnels 24 heures sur 24, avec surveillance médicale et infirmière ainsi que la satisfaction de ses besoins psychologiques et sociaux. On ne peut prédire la durée des soins à prodiguer, mais elle s'étend généralement sur plusieurs mois ou quelques années."[1]

Les caractéristiques des personnes à qui sont destinés les soins du type II sont les suivantes :

- le diagnostic a été établi;
- le patient a une maladie chronique ou une incapacité fonctionnelle;
- comme le démontrent les évaluations précédentes et les résultats du traitement, il a peu ou pas d'espoir de retour à la santé;
- le cours de la maladie est relativement stable;
- le besoin de services diagnostiques et thérapeutiques est limité.
- Cette personne a en tout premier lieu besoin de soins personnels, continuellement disponibles, avec surveillance infirmière professionnelle, techniques infirmières spécialisées en petit nombre et services médicaux appropriés aux besoins du patient.
- On peut s'attendre à une longue période de soins, puisque l'état du patient ne changera vraisemblablement pas dans l'avenir immédiat.

Les soins à fournir :

Le point essentiel devrait se situer autour de la réactivation et de l'entretien, accompagnés de surveillance médicale et infirmière, dans le but de sauvegarder l'état de santé et la capacité fonctionnelle du résidant. Les soins devraient encourager et maintenir l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne et satisfaire les besoins psychologiques et sociaux du résidant.

La réactivation implique la stimulation du résidant pour porter et maintenir à leur niveau optimal les capacités physiques, mentales et de sociabilité du résidant.

Pour satisfaire les besoins psychologiques et sociaux de la personne, les principes et les projets de l'administration doivent assurer la participation du personnel comme de la famille et de la communauté d'où vient le résidant.

On devrait fournir, outre les services de base comme le gîte et la table :

- des soins continus avec surveillance médicale et infirmière;
- quelques techniques infirmières spécialisées;
- des accessoires mécaniques, comme barres d'appui, fauteuils roulants, chariots, etc.;
- des activités mondaines et récréatives;
- des services à temps partiel de consultation physiothérapique et de thérapie occupationnelle;
- des régimes alimentaires spéciaux;
- des médicaments et autres fournitures médicales.

Troisième type (soins pour cas chroniques ou soins prolongés)
Définition :

"Soins requis par une personne affligée d'une maladie chronique ou d'une incapacité fonctionnelle (physique ou mentale) dont la phase aiguë a été surmontée, dont les fonctions vitales sont stables ou non, dont l'espoir de récupération peut être assez faible, et qui nécessite un choix étendu de services thérapeutiques, de traitements médicaux et de soins infirmiers spécialisés outre la satisfaction de ses besoins psychologiques et sociaux. La durée des soins est imprévisible, mais s'étend habituellement sur plusieurs mois ou quelques années".[1]

[1]Comité consultatif fédéral-provincial de l'assurance-maladie, novembre 1973.

Les caractéristiques des résidants à qui sont destinés les soins de type III sont les suivantes :

- le diagnostic a été établi;
- le patient est affligé d'une maladie ou d'une incapacité chronique;
- la phase aiguë de la maladie est dépassée ou en déclin.

Et l'une ou l'autre des conditions suivantes doit être réalisée :

- le patient a un potentiel de réadaptation qui pourra mieux se réaliser par un traitement au ralenti;
- l'évolution de la maladie exige qu'une surveillance médicale complète le traitement clinique;
- il se produit de nombreux changements significatifs dans l'état du patient, comme des améliorations, des rechutes, ou un ralentissement des progrès de la maladie;
- le patient exige des soins infirmiers avec surveillance infirmière professionnelle 24 heures sur 24.

Les soins à fournir :

Le point essentiel devrait être d'établir un programme coordonné, multidisciplinaire et orienté vers la réadaptation pour le traitement, les soins et la réadaptation des malades chroniques en résidence. Ce programme devrait prévoir un traitement adapté aux besoins de chaque patient, à sa capacité et à son potentiel de fonctionnement et devrait tendre à améliorer et entretenir cette capacité de fonctionnement.

Le potentiel de réadaptation signifie que la récupération des fonctions ou de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne est possible, au moins en partie. Il est tout à fait essentiel de reconnaître l'importance de l'indépendance, même à un degré mineur.

On devrait fournir, outre les services de base comme le gîte et la table et les services diagnostiques :

- des services infirmiers spécialisés et la surveillance médicale;
- des services thérapeutiques comme la physiothérapie, la thérapie occupationnelle et la thérapie du langage;
- des activités mondaines et récréatives;
- des régimes alimentaires spéciaux;
- des services pharmaceutiques;
- des fournitures médicales;
- des auxiliaires mécaniques pour les soins à donner aux résidants, comme par exemple, des soutiens mécaniques ou des lits adaptables en hauteur, aussi bien que les auxiliaires thérapeutiques spécialisés.

Caractéristiques des usagers

La population âgée

L'aménagement des logements fournissant des soins aux personnes âgées devrait s'appuyer sur l'examen des besoins spécifiques et des caractéristiques des gens qui entrent dans la vieillesse, et en particulier, sur la constatation de l'évolution continuelle de la nature même de ces besoins.

Il faut s'attendre à ce que, pendant le séjour de quelqu'un dans un centre d'hébergement ou une pension surveillée, sa santé se détériore et à ce que les services et les soins nécessaires à cette personne se modifient. Le logement des personnes âgées devrait, en conséquence, être conçu en fonction de leurs capacités. Ces établissements devraient convenir à des personnes actives, mobiles, aussi bien qu'à celles que leurs capacités physiques confinent en certains endroits à l'intérieur des bâtiments.

Le groupe d'âge des 65 ans et plus sera, dans les prochaines années, la tranche de population qui croîtra le plus vite et continuera de croître à une vitesse beaucoup plus grande que la population totale. Vers l'an 2 000, le groupe des octogénaires aura augmenté de 130 pour cent.

La condition économique

La minceur des revenus est une caractéristique générale de notre population âgée d'aujourd'hui. En 1975, 35 pour cent des personnes âgées du Canada avaient un revenu inférieur à $2 999. La situation est habituellement moins bonne chez les femmes âgées que chez les hommes. Les femmes jouissent d'une plus longue espérance de vie et leur nombre dépasse celui des hommes dans l'ensemble de la population. Dans les établissements qui offrent soins et logement, la proportion usuelle est de deux femmes pour un homme parmi les résidants.

La condition physique

Il n'y a, sauf exception, qu'une petite proportion des résidants des établissements pour personnes âgées qui soient atteints d'incapacités graves (en excluant les établissements pour cas chroniques ou soins prolongés). Il faut s'attendre cependant à ce que la moitié à peu près des résidants exigent de l'aide pour les soins d'hygiène et de toilette personnelle. Il y en a peu qui nécessitent de l'aide à table ou au lit. La moitié environ pourront se déplacer sans aide et seront capables de participer aux activités mondaines et récréatives.

Les caractéristiques physiologiques des personnes âgées sont les suivantes :

- Changements dans l'attitude du corps et la taille, diminution de la force musculaire qui affecte l'efficacité corporelle générale et la capacité d'accomplir les tâches de la vie quotidienne;
- Changements dans les fonctions motrices qui ont pour résultat des mouvements hésitants, des gestes ralentis, une mobilité engourdie;
- Changements dans le système nerveux; diminution de la sensibilité tactile, de la rapidité des réflexes, de la récupération de l'équilibre et quelque affaiblissement de la mémoire à court terme.
- La vision devient moins claire, l'adaptation aux changements d'éclairage est plus lente, la vision périphérique s'affaiblit tandis qu'augmente la sensibilité à l'éblouissement. En même temps la personne âgée dépend d'autant plus de ses sensations visuelles que ses autres sens se mettent à décliner.
- Changements dans la sensibilité sensorielle qui incluent des affaiblissements de la vision, de l'ouïe, de la parole, du goût et du toucher. Mais les personnes âgées ont la capacité de compenser ces pertes de perception et leur environnement peut être conçu pour aider cette adaptation. Chaque personne peut aussi apprendre à s'adapter à la diminution de son environnement sensoriel.
- Changements dans la vivacité mentale qui incluent des pertes de la mémoire (surtout à court terme), la désorientation dans l'espace et dans le temps, l'incapacité de faire des calculs simples et la répugnance à s'adapter au changement. Ceci peut aboutir à de sérieuses transformations du comportement et peut nécessiter l'aide et la surveillance du personnel.

Tous ces changements physiologiques ont pour conséquence le déclin de la maîtrise des résidants sur leur environnement. Si d'autres types de personnes peuvent facilement surmonter les difficultés d'un environnement inapproprié, ce n'est pas le cas d'une personne âgée dont la façon de vivre peut être fonction de la distance qui sépare sa chambre des aires d'activité extérieures ou intérieures.

L'entrée dans un établissement et la modification du rang social

Les besoins sociaux et psychologiques de la personne âgée dans un établissement offrant soins et logements sont aussi différents de ceux de l'ensemble de la population.

Pour la personne âgée, une des plus grandes difficultés est d'apprendre à jouer un nouveau rôle. Les rôles qu'on remplissait auparavant dans la société, celui de travailleur, de parent, de mari, d'épouse, de maîtresse de maison, de citoyen, d'ami, se transforment ou prennent fin, et cela peut provoquer une forte diminution du sentiment d'estime qu'on a de soi-même.

En outre, l'entrée dans un établissement signifie une transformation radicale de la façon de vivre et est, pour beaucoup, une expérience traumatisante.

Le manque d'intimité et d'indépendance, les rapports forcés avec des étrangers, la réglementation des activités, l'isolement social, donnent naissance à un profond sentiment d'insécurité, à l'impression d'être abandonné et à la dépression. L'effet principal de l'entrée dans un établissement est de voir sa position d'adulte autonome se changer en celle d'un enfant sous la dépendance d'autrui.

Les concepteurs et les administrateurs devraient s'efforcer de créer un environnement physique et une ambiance psychologique qui renforceront l'idée que le résidant doit se faire de lui-même comme personne et comme individu ayant droit à ses propres décisions. Les relations entre le personnel et les résidants, entre les résidants eux-mêmes, les programmes d'activités et des services adéquats, l'environnement lui-même enfin, tout devrait concourir à créer cette atmosphère.

La condition psychologique

Certains besoins psychologiques sont aussi importants pour une personne âgée que ses besoins de soins et de logement :

- L'expérience sensorielle est nécessaire au bien-être de tous les êtres humains. Pour la personne âgée, le recours à diverses informations sensorielles pallie le déclin des sens.
- La stimulation tactile et cénesthésique, car un environnement hautement tactile peut compenser très bien la diminution des occasions de toucher et d'être touché.
- Les relations avec autrui, qui sont un besoin vital, quoique de degré variable selon les personnes. Il devrait y avoir possibilité de choix.

- L'intimité qui est une condition, quand elle est adéquate, du bien-être et du bon fonctionnement. L'environnement physique doit aider à créer cette intimité.
- La nouveauté, puisque la variété est essentielle au bon fonctionnement et à l'éveil de l'esprit, particulièrement pour les personnes âgées dont la vie peut être monotone.
- La prévisibilité, qui consiste en l'équilibre entre la nouveauté et la sécurité du déroulement familier des événements.
- Le sentiment de la dignité personnelle, qui est essentiel au bien-être de la personne. Ce sentiment est souvent offensé chez les personnes âgées.
- L'autonomie, car l'indépendance et la prise personnelle de décisions sont essentielles au maintien du sentiment de la dignité, mais ne sont possibles que là où on peut exercer un choix.
- Une activité chargée de sens, le contraire d'un travail forcené.
- Des normes sociales bien définies, comme moyens assurés d'interpréter les sentiments et les attentes d'autrui, relativement à soi-même.
- Une direction dans le temps, car le temps est le cadre de la vie adulte et puisqu'il est très important de garder le sentiment du temps et de le relier aux changements qui s'y produisent.
- La réflexion car, pendant toute la vie et particulièrement dans la vieillesse, la réflexion sur le passé est l'occasion nécessaire de se comprendre soi-même.

Concevoir pour les personnes âgées

Si l'on veut faire d'un établissement pour personnes âgées un environnement approprié à une vie agréable, il doit se conformer aux caractéristiques spéciales de ses usagers. Et si la commodité du personnel est une nécessité, l'objectif premier demeure la satisfaction des résidants. Un certain nombre de facteurs devrait être pris en considération dans ce que l'on conçoit à l'usage des personnes âgées :

La grandeur des bâtiments : le déclin de la mobilité limite la longueur des déplacements d'un résidant dans un établissement. De longs couloirs, sans endroit où se reposer, sont impraticables. Les problèmes de mobilité augmentent aussi l'usage des fauteuils roulants.

La complexité : l'incertitude et la réduction de l'acuité perceptive peuvent être causes de confusion et de désorientation. De grands établissements pourraient être divisés en petites unités par l'emploi de couleurs, de textures et d'autres moyens. En décoration intérieure, l'emploi de formes simples ne signifie pas qu'on sacrifie la richesse de l'intérêt visuel.

Les auxiliaires : un environnement thérapeutique est celui où la disposition des lieux est conçue pour compenser le déclin des capacités des usagers. Les appareillages devraient nécessiter au minimum l'adresse et la vigueur des résidants. Les panneaux indicateurs devraient être grands et faciles à lire. On devrait aménager, à proximité des chambres des résidants, des endroits où prolonger une rencontre fortuite.

La sécurité : très souvent, les personnes âgées s'inquiètent de la sécurité dans leur environnement. Elles doivent se sentir protégées des rencontres dangereuses dont elles ne se pourraient tirer saines et sauves. Ceci comprend la protection spéciale des résidants qui la demandent.

Le territoire : tout résidant doit avoir l'occasion d'établir son droit exclusif à un certain domaine (généralement sa chambre) et doit pouvoir y exercer son droit à une pleine intimité.

L'encouragement : l'environnement physique peut être l'auxiliaire ou l'ennemi des activités régulièrement exercées chaque jour. On peut créer une atmosphère cordiale, attirante, accueillante aussi facilement qu'une ambiance stérile et rébarbative.

L'exercice et l'activité : persévérer dans l'activité physique peut aider la personne âgée à maintenir ses capacités fonctionnelles. L'environnement devrait encourager cette activité en fournissant des lieux aménagés pour des exercices ou des activités spécifiques, ou des parcours adaptés aux forces des résidants, qui les utilisent volontiers.

La portée : ce que la personne âgée peut atteindre du monde physique qui l'entoure se rétrécit radicalement. Le monde peut se borner à un bâtiment, à l'emplacement qu'il occupe, à son voisinage immédiat. La portée atteinte par une personne depuis son gîte est très variable. Chacune des composantes, le bâtiment, son emplacement, la communauté qui l'entoure, devrait être conçue comme auxiliaire, en gardant à l'esprit le déclin des capacités.

N.B. : Voir deuxième partie, définition des centres d'hébergement et des pensions surveillées, page 5.

L'espace exigé par les soins dans un établissement

Le type des soins offerts devrait déterminer, pour une grande part, la quantité d'espace requis pour leur dispensation. Les espaces occupés par divers types de soins sont décrits en troisième partie.

Ce qui existe

Selon une enquête menée dans les établissements pour personnes âgées du Canada[1], les espaces réservés aux soins les plus souvent offerts sont :

- Salle de physiothérapie
- Salle de thérapie occupationnelle
- Cabinet de médecin
- Salle d'examen et de traitement
- Salle pour malades
- Salle d'isolation
- Salle de repos
- Morgue (occasionnellement)

Les espaces affectés aux soins personnels sont le plus souvent :

- Salon de beauté et de coiffure
- Cuisinette pour résidants
- Buanderie pour résidants
- Salles de bain, avec aide
- Salles de toilette, avec aide
- Espaces consacrés aux activités ordinaires et récréatives, avec aide

D'autres espaces se retrouvent dans la majorité des établissements et peuvent généralement se définir comme :

- Espaces d'activités de tous genres
- Espaces réservés à l'administration
- Espaces réservés à l'entretien ménager
- Espace consacré aux ressources de la communauté
- Entreposage et rangement

[1]Monographie no 10, *Cross-Canada Survey*, mars 1978 et Monographie no 11, *Cross-Canada Survey of Nursing Homes and Hostel Facilities. A data Analysis*, mars 1978.

Les services de soins personnels les plus fréquemment fournis dans les établissements qui ont fait l'objet d'une enquête consistent en une aide apportée à :

- l'habillage
- le bain
- l'usage des toilettes
- la coiffure et autres soins de la personne
- les repas
- les déplacements
- l'entretien ménager
- la lessive
- l'usage des aménagements réservés aux activités
- l'entretien personnel
- les transports
- la recherche d'information
- les affaires personnelles
- l'orientation
- l'usage d'appareils de communication
- la prise de médicaments

La conception et l'usage des espaces réservés à ces services sont affectés par les éléments suivants :

- la composition du personnel
  - à plein temps
  - à temps partiel
- les compléments de personnel
  - soins personnels
  - paramédicaux
  - autres
- les besoins alimentaires
- l'aide apportée par la communauté
- l'aide apportée par la famille
- la participation de bénévoles
- les options de transfert offertes aux résidants
- les ressources financières et les réglementations
- les options et principes découlant de la législation
- le choix des soins dans la communauté
- les services de santé et de bien-être disponibles
- les aménagements partagés

Les espaces reliés à la dispensation de soins personnels comprennent :

- la chambre à coucher
- les cabinets d'aisances
- la salle de bain
- la salle à manger commune
- la cuisine centrale
- la buanderie centrale
- la salle d'exercices
- le salon de beauté / salon de coiffure
- les espaces réservés aux activités
- la thérapie occupationnelle
- les bureaux de conseillers
- l'entreposage de l'équipement spécialisé
- l'entretien ménager
- le bureau d'infirmière
- l'espace réservé au personnel qui dispense des soins personnels

Les soins de santé les plus fréquemment prodigués dans les établissements qui ont fait l'objet de notre étude sont les suivants :

- soins infirmiers
  - d'urgence
  - à court terme
  - à long terme
- médication (remèdes)
  - occasionnelle
  - répétée
- traitement
  - occasionnel
  - répété
- physiothérapie
  - occasionnelle
  - répétée
- soins en cas de malaises
  - occasionnels
- observation suivie
  - régulièrement
- évaluation des capacités fonctionnelles
- récupération
  - fonctionnelle
  - professionnelle
  - prise de conscience de la réalité
- services spécialisés
  - ophthalmologie
  - psychologie
  - psychiatrie
  - régimes alimentaires thérapeutiques
  - auxiliaires et prothèses
  - podiatrie

La conception et l'utilisation des espaces réservés à ces services dépendent des éléments suivants :

- composition du personnel
  - à plein temps
  - à temps partiel
- personnel complémentaire
  - soins infirmiers
  - paramédical
  - soins personnels
  - autres
- installations spéciales de thérapie et de traitement
- fourniture de régimes alimentaires spéciaux
- services communautaires et/ou leur substitut
- bénévolat
- consultants spécialisés
- services partagés
- ressources financières
- législation
- formation du personnel et programmes

L'espace réservé aux services de santé comprend :

- le poste des infirmières
- la pharmacie
- la salle des malades
- les salles d'examen et de traitement
- le cabinet du médecin
- la salle de physiothérapie
- les bureaux de consultation
- les lieux destinés à la formation du personnel
- les bains thérapeutiques
- la salle de bain
- les douches utilisables en fauteuil roulant
- la morgue
- la salle de repos
- l'espace réservé à l'évaluation et au traitement dans les services de garde (voir plus haut)

L'élément résidentiel d'un établissement

Pour obtenir l'aide financière de la SCHL, les éléments résidentiels d'un centre d'hébergement ou d'une pension surveillée devraient se limiter aux surfaces décrites dans le tableau et les lignes directrices, en y ajoutant l'espace complémentaire pour le personnel et les activités essentielles à l'exécution des programmes destinés aux personnes âgées en bonne santé.

Ce qui existe actuellement

L'enquête a montré que la surface accordée à chaque résidant (en arrondissant les chiffres et en tenant compte de l'espace occupé par les escaliers, les puits d'ascenseur et l'épaisseur des murs) varie considérablement. On a trouvé :

pour les pensions surveillées (logement) 32,5 à 45 m^2
pour les pensions surveillées (avec soins) 42 à 65 m^2
pour les centres d'hébergement (logement) 32,5 à 42 m^2
pour les centres d'hébergement (avec soins) 39 à 56 m^2

Les variables

Ces surfaces pourraient être notablement augmentées quand viennent s'ajouter des installations du type communautaire, comme un centre «entrée libre» ou un service de garde.

Lorsque les unités résidentielles situées dans les foyers sont conçues comme un appartement de célibataire ou à une chambre à coucher, avec services annexes, la surface brute par unité pourrait atteindre 67 m^2 (en excluant les composantes d'usage communautaire).

Lorsque les unités résidentielles situées dans les foyers, sont des chambres à un seul ou plusieurs occupants, sans services annexes, ces chiffres pourraient se retrouver aux plus bas degrés de l'échelle (en excluant les composantes d'usage communautaire).

Le nombre de lits à une place, de cabinets d'aisances communs, etc., affecte la surface brute attribuée à chaque résidant.

La grandeur de l'établissement, c'est-à-dire le nombre de lits, détermine jusqu'à un certain point les programmes et la composition du personnel.

La quantité des espaces annexes destinés aux activités communes, etc. pourrait être fortement influencée par la collectivité selon les besoins, les usages locaux et les normes régionales.

L'espace réservé à la circulation horizontale et verticale, la largeur des couloirs, etc. affecte la surface brute attribuée à chaque résidant.

Les exigences posées par le logement sont faciles à identifier suivant les fonctions de base de la vie quotidienne :

- activités générales
- sommeil
- repas
- toilette
- bain
- coiffure et soins de la personne
- entretien personnel
- entretien ménager
- cuisine
- lessive
- exercices physiques
- relations mondaines
- visites
- divertissements
- communications
- étude et apprentissage
- repos
- emplettes

La conception et l'utilisation des espaces réservés à ces fonctions pourraient être touchées par les éléments suivants qui y sont reliés :

- observation suivie de la santé
- fonctions physiques
- entretien de la forme physique
- observation suivie du régime alimentaire
- affaires personnelles
- activités
- loisirs
- relations avec la collectivité
- famille
- revenu
- transports
- sécurité
- besoins spirituels

Les fonctions ci-dessus se pratiquent généralement, pour les établissements où nous avons mené l'enquête, dans les lieux suivants :

- le salon
- la chambre à coucher
- les cabinets d'aisances
- la salle de bain
- la salle à manger
- le placard individuel
- la buanderie individuelle
- la cuisine individuelle
- l'aire de récréation
- les salles de réunion
- les salons de repos
- les aires d'activités
- les aires réservées aux visiteurs
- la bibliothèque
- la chapelle
- le casse-croûte et la boutique de menus articles
- le patio et le jardin

Conséquences générales sur la conception et la planification

La réputation peu engageante des établissements pour vieillards

Les personnes âgées, comme tous ceux qui se voient soudainement forcés de vivre en commun avec des étrangers, craignent de perdre leur intimité et leur indépendance. Dans le passé, la vie dans ces établissements était caractérisée par l'enrégimentation, les relations forcées et l'absence de choix. La crainte qu'on éprouve envers eux s'est renforcée de stéréotypes historiques où ces établissements étaient représentés comme des salles d'attente de la mort.

Un style de gestion autoritaire, la séparation des sexes, l'immensité des salles communes sont à l'origine de cette crainte.

Conséquences pour la conception et la planification

Pour faire disparaître ces craintes et satisfaire les besoins des futurs résidants, les établissements pour personnes âgées devraient être conçus de façon que les bâtiments, l'aménagement du terrain et la planification des activités donnent une impression bien différente de celle qu'offraient les stéréotypes historiques.

L'espace devrait être calculé en fonction d'activités en petits groupes et offrir le choix de participer ou de se retirer dans l'intimité. Les aires communes devraient être adaptables à toutes sortes de fonctions (planifiées ou spontanées), auxquelles voudront les affecter les résidants.

La communauté extérieure devrait être encouragée à participer à l'activité quotidienne de l'établissement par des programmes destinés à la fois aux résidants et à cette communauté, par des services de garde, des clubs de l'âge d'or ou des projets extraordinaires.

Les organisations communautaires, les organismes publics, les associations humanitaires de l'extérieur devraient être encouragés à aider et compléter les services internes.

On devrait encourager les visiteurs, les familles, les bénévoles à prendre part aux activités de l'établissement, ce qui assurerait aux résidants une certaine continuité avec la vie qu'ils ont connue.

On devrait recommander aux résidants de poursuivre leur genre de vie antérieur en ce qui concerne leurs relations mondaines, leur façon de se vêtir, leurs habitudes alimentaires, leurs déplacements, les communications et leurs activités en général.

Il faudrait également encourager les relations du personnel et des résidants à prendre un tour particulier, opposé à l'anonymat d'un troupeau à soigner et à abriter. Le style de gestion devrait être démocratique et adaptable à toutes les situations possibles.

L'établissement devrait être conçu pour recevoir des résidants dont les capacités fonctionnelles sont limitées. On devrait donc y trouver des accès sans obstacle, une signalisation directrice, des stimulants sensoriels, des stimulants auditifs et une organisation variée et agréable de l'espace. La couleur, la texture, les tissus, le mobilier, les panneaux indicateurs et l'aménagement paysager devraient être utilisés pour diminuer l'impression de monotonie et pour renforcer l'attachement de la personne à son territoire propre ainsi qu'aux aires communes.

Les activités quotidiennes devraient suivre des horaires appropriés aux résidants (repas, bain, thérapie occupationnelle, récréation, etc.) mais qui ne seraient jamais rigides au point de ne pouvoir être modifiés.

Les soins, l'observation suivie, comme l'aide pendant les activités de la vie quotidienne devraient être fournis aux résidants selon leurs besoins.

On devrait s'assurer de l'aide de spécialistes au cas où surviendraient des problèmes personnels ou autres.

Les résidants devraient être persuadés qu'ils ont le droit absolu de prendre leurs propres décisions quant à l'emploi de leur temps. Ils devraient garder leur autonomie et, en même temps, avoir la certitude que les soins nécessaires leur seront prodigués en cas de besoin.

Les résidants devraient être convaincus qu'ils ont le droit absolu de gérer comme il leur plaît leur domaine personnel et de garder avec eux tels objets personnels ou tel mobilier, dans la mesure du possible et du raisonnable.

On devrait avoir pour la personne du résidant tout le respect convenable, on ne devrait pas le forcer à céder une part de son intimité ni à souscrire aux projets d'un groupe.

Conséquences sur l'aménagement du terrain[1]

Choix et analyse de l'emplacement

Avant de prendre la décision finale en vue de l'achat d'un terrain, on devrait faire appel, chaque fois que possible, à l'aide d'un concepteur professionnel pour le choix et l'analyse de l'emplacement. Cependant, dans certains cas, le client peut déjà être propriétaire du terrain, ou il peut l'avoir acheté sans avoir auparavant choisi un architecte.

En général on devrait entreprendre l'analyse de l'emplacement, qu'on en soit le propriétaire ou qu'on songe seulement à le devenir, en ayant à l'esprit les éléments suivants :

la localisation
la surface
les contraintes de zonage et autres
le contexte du voisinage
les agréments de l'emplacement
la topographie et les particularités
la condition du sol
l'orientation
les services municipaux
les avenues et accès
les transports, publics et privés
le prix
les conditions du sous-sol
l'analyse de l'impact sur l'environnement

Critères de sélection d'un emplacement

La majorité des personnes âgées préfèrent un emplacement situé pas trop loin de la communauté urbaine, avec de bons services de transport en commun.

On devrait accorder une attention particulière aux emplacements situés à une distance aisément franchissable à pied des magasins, de la bibliothèque, de la maison de l'âge d'or, des églises et d'autres foyers de la vie communautaire.

Un emplacement comportant quelques particularités naturelles pourrait sembler plus attirant qu'un emplacement entouré de constructions. C'est néanmoins un mythe que de s'imaginer qu'une personne âgée souhaite de vivre dans un environnement absolument calme.

Notre enquête montre que les emplacements qui offrent le plus de possibilités d'interactions visuelles et physiques avec la communauté sont ceux qui remportent le plus de suffrages.

Il faudrait s'assurer cependant que l'emplacement choisi offre assez d'espace en plein air pour les activités et la récréation des résidants et prévoie une séparation nette entre la circulation des piétons et le réseau routier.

Le besoin d'aires de stationnement devrait venir plutôt du personnel et des visiteurs que des résidants. Il faudrait aussi prévoir l'accès des véhicules de service aux bâtiments et aux terrains de stationnement.

On devrait étudier soigneusement la composition de la communauté où s'insérera un établissement pour personnes âgées. On devrait choisir un voisinage convenable, en évitant les quartiers bruyants et vulgaires.

Un emplacement situé en bordure de la grande circulation pourrait être excellent. L'avantage offert par une continuelle stimulation visuelle pourrait contrebalancer les désavantages d'un trafic bruyant.

La composition du voisinage, la distance qu'on peut couvrir à pied, les itinéraires, les parcs, les agréments offerts par la communauté devraient être relevés et enregistrés.

La grandeur de l'emplacement devrait être largement déterminée par le nombre d'usagers à héberger, la réglementation du zonage et du recul des bâtiments et le contexte concret de la communauté.

Sauf dans les grandes agglomérations urbaines, des établissements d'un à quatre étages devraient être généralement bien appropriés aux personnes âgées. Ils facilitent leur identification avec le quartier et le reste de la communauté.

L'emplacement devrait être choisi en fonction des distances que devront franchir le personnel ou les visiteurs. L'expérience démontre que les emplacements isolés souffrent d'une pénurie de bénévoles, de moyens de transport, de visiteurs, de personnel et d'autres ressources émanant de la société ou de la communauté.

Le prix du terrain, bien que ce soit une variable importante, ne devrait absolument pas supplanter d'autres critères de choix.

[1]Voir aussi en troisième partie, les critères d'aménagement du terrain, page 50.

On ne devrait pas écarter un emplacement au terrain difficile avant une analyse qui peut montrer qu'il satisfait d'autres critères. Des solutions imaginatives ont été avancées en utilisant différents niveaux et points d'accès.

Un emplacement qui comporte des arbres à maturité, ou d'autres avantages naturels, devrait mériter une attention spéciale.

On devrait prendre en considération l'orientation de l'emplacement et ce, assez tôt pour déterminer quels avantages on pourrait tirer des vents dominants, de l'ensoleillement, de l'enneigement, etc.

On devrait vérifier, avant l'achat, les services dont est doté l'emplacement choisi, afin d'éviter par après des frais supplémentaires.

On devrait s'informer de la composition du sous-sol avant de faire un choix final, afin de s'assurer de bonnes conditions de construction et de charge.

On devrait s'efforcer de connaître quels sont les futurs projets de développement du quartier, les projets de rénovation, le tracé des voies urbaines à venir, les réseaux de transport, etc.

Quelques communautés exigent une «étude d'impact sur l'environnement» afin d'analyser l'utilisation des ressources, les services de la région et de la communauté aussi bien que les questions qui touchent l'environnement. Il est bon de savoir que de telles études fournissent des éléments fort utiles dans le choix d'un emplacement qui réponde adéquatement aux besoins.

Beaucoup de communautés urbaines ont traditionnellement réservé par zonage tel emplacement à telle catégorie spéciale d'usagers. Cette pratique a pour résultat d'isoler maintes personnes âgées de la communauté et n'est plus actuellement tolérable. On devrait faire tout son possible pour intégrer les personnes âgées à la communauté, en choisissant soigneusement l'emplacement et la grandeur de l'établissement.

Planification des fonctions

Très largement entendu, l'objectif d'un devis de fonctionnement devrait tendre à cerner les besoins et à suggérer les utilisations de l'espace qui y répondront.

Le devis de fonctionnement devrait être un document pouvant servir aux usagers, aux responsables des politiques et aux promoteurs pour établir des structures organisationnelles, la composition du personnel, la réglementation et ses applications, les frais de fonctionnement et la planification à court et long terme. Il devrait fournir un arrière-plan pour la préparation d'un projet d'architecture puisqu'il s'étend à des éléments comme la proximité des services, le nombre de pièces, l'environnement, l'emplacement et autres contraintes. On devrait pouvoir s'en servir aussi pour évaluer le capital à investir et les budgets de fonctionnement.

Son contenu

Le devis de fonctionnement devrait comprendre les éléments suivants :

- la liste des objectifs à atteindre par l'établissement;
- une analyse des groupes auxquels il est destiné, y inclus la détermination des tendances et des changements en puissance dans les caractéristiques et la taille de la population des usagers;
- une esquisse des principes de la dispensation des soins aux usagers;
- une analyse du type de relations à établir avec d'autres établissements, des organisations diverses, les gouvernements;
- un relevé de la nature et de l'étendue des services sanitaires et sociaux qu'on se propose de fournir;
- une description de tous les facteurs limitatifs qui pourraient affecter la fourniture de ces services;
- des détails sur le programme d'activités envisagé et portant sur les aspects philosophiques, psychologiques, sociologiques, économiques et politiques qui sous-tendent ce programme;

- une description détaillée de l'organisation et du personnel nécessaires à sa réalisation;
- un aperçu de la surface nette et un estimé de la surface brute dont on aura besoin;
- une liste des éléments spatiaux nécessaires pour la mise en oeuvre et la continuité du fonctionnement de l'établissement et de sa mission, comportant une description de chaque espace en termes d'utilisation, avec une liste des équipements absolument nécessaires pour chacun d'entre eux;
- une description des relations fonctionnelles des espaces entre eux (proximité) et de leur degré d'affinité;
- un relevé des systèmes (horloges, interphone, téléphone, télévision, etc.);
- une proposition de phases successives de réalisation, si nécessaire, avec leurs échéances;
- un plan directeur, si nécessaire.

Ce canevas devrait être dressé par le client, avec l'aide de ses consultants, de la SCHL et des groupes d'usagers venant de la communauté, aussi bien que par d'autres parties prenantes comme les gouvernements et organismes provinciaux et municipaux.

La collecte et l'analyse des informations

Un certain temps devrait être consacré à la collecte d'informations pour mettre en chantier un devis de fonctionnement. Il serait bon d'y inclure :

- une révision complète, la législation pertinente et les lignes directrices en vigueur;
- les données statistiques pertinentes, y compris les données démographiques concernant le groupe d'usagers à desservir;
- les éléments disponibles concernant l'emplacement et les services;
- un relevé des organismes et des établissements analogues, etc., ainsi qu'un examen de leurs rapports avec le projet;
- le classement raisonné des éléments récoltés;
- la révision et l'évaluation de toutes les informations;
- la révision de l'ensemble avec les autorités concernées.

La planification des activités sociales

Les programmes d'activités sociales, dans les établissements pour personnes âgées, devraient comprendre toutes les activités auxquelles se livrent les résidants durant leur séjour, à l'exception de l'entretien physique et sanitaire de base.

Champ d'action de ces programmes

Dans une très large mesure, ces programmes devraient refléter la taille de l'établissement, le nombre et la variété des espaces annexes ainsi que les ressources humaines et financières dont on dispose. Les programmes typiques, qu'on retrouve dans la plupart des établissements, sont les suivants :

Activités mises en marche par le personnel

bricolage et artisanat
activités récréatives dirigées
activités récréatives spontanées
célébrations (fêtes et autres)
thérapie occupationnelle
offices religieux
télévision

Activités mises en marche par les résidants eux-mêmes

correspondance
lecture
observation des alentours
conversation
violons d'Ingres
visites
promenade
jardinage
emplettes

On devrait prendre en considération plus particulièrement les possibilités suivantes de programmes d'activités sociales en dressant les projets d'établissements pour personnes âgées. Certaines d'entre elles se pratiquent à l'intérieur, d'autres à l'extérieur des bâtiments, d'autres encore s'en écartent complètement.

Planification des activités

La planification devrait être établie pour s'adapter aux capacités des résidants, ingambes ou alités. Elle devrait aussi se plier aux besoins de sociabilité et de récréation des personnes âgées.

Les programmes qui poussent les résidants à la participation individuelle ou collective sont hautement recommandés parce qu'ils favorisent le maintien des capacités de participation physique et mentale.

La nature des loisirs dans les établissements pour personnes âgées diffère de celle qui règne dans la société. Les résidants peuvent tirer la plus grande part de leur plaisir de vivre, seuls ou en groupe, des «activités de loisir».

Les activités auxquelles les résidants prenaient plaisir avant d'entrer dans un établissement sont souvent préférées par eux à celles qu'on leur présente pour la première fois. On devrait leur procurer l'occasion de poursuivre le plus grand nombre possible de ces activités.

L'activité sociale

L'activité sociale est influencée par le décor où elle se déroule. Les intérieurs devraient être accueillants afin de conduire à des contacts spontanés, sans préparation. Les aires d'activités devraient être adjacentes aux locaux dont les résidants font un usage quotidien. Les salles polyvalentes devraient être situées là où se déroule la plus grande part de l'activité quotidienne et non pas reléguées aux endroits généralement déserts comme les sous-sols et les bouts de couloirs. Des livres, des revues, des casse-têtes, un piano, le spectacle même de la rue, devraient être utilisés comme soutiens, dans l'environnement, pour aider à stimuler l'interaction. Les rapports avec la communauté sont d'une importance extrême pour le bien-être physique et mental des résidants et il faudrait, en conséquence, que le personnel soit convaincu de l'intérêt que présente la participation de la communauté.

Le rôle du personnel dans la planification

Le personnel des établissements pour personnes âgées devrait être choisi en tenant compte du fait qu'ils devront participer, à la fois comme individu et comme groupe, à la vie des résidants. Des rapports sans cérémonie entre les résidants et le personnel non médical (entretien ménager, cuisine, par exemple) peuvent être extrêmement profitables aux résidants qui se plaisent à ces menus bavardages. Ces membres du personnel devraient être mis bien au courant des buts de la planification des activités et des besoins spéciaux des personnes âgées.

Le personnel devrait se familiariser avec l'histoire particulière de chacun des résidants avec lequel il entre en relations régulières. On devrait fournir au personnel les cours qui lui enseigneront les moyens de combattre l'impression de délaissement et de solitude que peut ressentir un résidant, et de reconnaître les signes de dépression et d'anxiété.

Le modèle médical, fondé sur une relation infirmière-patient, est généralement nuisible à l'élaboration d'un environnement accueillant. Il tend à mettre l'accent sur les soins aux malades, plutôt que d'encourager les manifestations de la personnalité et de la relative indépendance des résidants. Le personnel devrait être d'une grande disponibilité, ses bureaux devraient être ouverts à chacun et il est bien entendu que ces lieux ne devraient en aucune façon dominer l'ensemble de ceux qui sont mis à la disposition des résidants.

Les bénévoles en provenance de la ville créent, par leur présence, l'occasion de rapports sociaux entre groupes d'âges différents. Il peuvent ainsi produire une riche moisson d'expériences nouvelles dans un centre d'hébergement ou dans une pension surveillée. Il faudrait prévoir, dans l'établissement, des endroits de réunion pour l'apprentissage, l'élaboration des programmes, et les rapports des personnes âgées appartenant ou non à l'établissement, dans une grande variété de regroupements. La communauté et les résidants profiteraient chacun de ces relations.

Bien qu'un établissement pour personnes âgées ne doive pas nécessairement comprendre toutes les activités de la liste suivante, on y énumère celles que l'on trouve habituellement.

Liste des activités d'intérieur

Bricolage et artisanat
travaux d'aiguille
peinture
courte-pointe
tissage
travail du cuir
travail du métal
menuiserie

Jeux
cartes
bingo
échecs
dames
jacquet
billard
jeu de galets

Divertissements de groupes (nombreux)
danse
chant
spectacle
musique
fêtes de charité
«parties»
banquets
réunions
exercices physiques
discussions
spectacles audio-visuels
cours
offices religieux

Divertissements de groupes (peu nombreux)
musique
chant
«parties»
visites
natation
sauna
bain tourbillon
études, homologuées ou libres
dîners, goûters, soupers
clubs

Divertissements individuels
jardinage en serre
travaux bénévoles
visites chez des amis
lecture
accueil des visiteurs
musique
observation des alentours

Liste des activités d'extérieur

Sur le terrain de l'établissement
pique-nique
rôtisserie en plein air
«parties»
fêtes de charité
jeu de galets
échecs
promenade
demeurer assis
spectacles
rassemblements avec la communauté
jardinage

Loin de l'établissement
courses et emplettes
vacances
excursions
voyages en famille
activités religieuses
bénévolat
association humanitaire
manifestations sportives (en spectateur)
manifestations sportives (en participant)
spectacles
événements d'intérêt public
utilisation des services publics (postes, impôts, tribunaux)

Liste des activités psychologiques et sociales

Dans ce que l'on conçoit à l'usage des personnes âgées, on devrait prendre en sérieuse considération les stades de la transition de l'indépendance à la dépendance. Aux besoins en aide physique et en logement on devrait ajouter les notions qui suivent :

Alimentation
Appartenance ethnique
Aspirations
Attitudes du public
Avoir un but
Bénévolat
Besoins
Bien-être
Besoins spirituels
Bonheur
Capacités émotives
Capacités sensorielles
Choix
Communauté
Compétence
Connaître sa place
Contexte social
Découragement
Dignité humaine
Divertissements
Éducation
Espoir
Exercices
Famille
Habileté
Habileté fonctionnelle
Handicaps
Impact social
Interaction
Intérêts
Intimité
Jeu
Législation
Mobilité
Participation
Persévérance
Personnalité
Pratiques administratives
Récréation
Réadaptation
Ressources médicales
Revenu
Santé
Sécurité
Sens de la valeur personnelle
Sociabilité
Socialisation
Sports
Stimulants
Style de gestion
Territoire
Thérapie
Traits culturels
Traits de comportement
Transports
Travail
Type des activités
Variété

La planification des soins

L'étendue des soins prodigués dans un établissement pour personnes âgées dépend à la fois du type des soins et de la souplesse des services offerts. La santé des gens de cet âge fluctue et tend à décliner, si bien qu'il faut s'attendre à passer d'un type de soins à un autre (voir deuxième partie, Définition des types de soins, page 5). Les programmes devraient tenir compte de ces changements dans l'état de santé.

Le besoin de soins variés

De récentes recherches ont montré que les établissements conçus pour fournir des soins d'un type simple subissent des exigences croissantes au fur et à mesure que les résidants vieillissent. Il est souvent impossible de satisfaire convenablement ces nouvelles exigences. D'autre part, il est certain que le transfert des résidants, en d'autres établissements où ils pourraient être soignés, se révèle traumatisant et fort peu souhaitable. Des établissements conçus en tenant compte de la transformation des services de soins ont vraisemblablement plus de chances de succès à longue échéance que ceux qui sont limités à un seul stade de la santé et à un seul type de fonctionnement.

Composition de la population résidante

Dans les établissements qui offrent plusieurs types de soins, les résidants ingambes et en bonne forme physique stimulent l'activité des autres. Par ailleurs une majorité de résidants séniles ou sérieusement diminués peut abaisser l'activité générale. Et ceci se renforce de l'accent que le personnel met nécessairement sur les soins de santé. Il vaut mieux, pour toutes ces raisons, n'avoir que 25 à 30 pour cent des résidants qui demandent des soins du type III.

Portée des programmes de soins

Le programme des soins dans n'importe quel établissement dépend d'un grand nombre de variables :

- la grandeur de l'établissement
- le type des soins offerts
- la composition et l'état de santé de la population résidante
- l'effectif, la composition et la disponibilité du personnel
- la formation et la mentalité du personnel
- les ressources financières
- les ressources qu'on peut trouver dans la communauté
- les services de santé disponibles dans la communauté
- le bénévolat

Il faut distinguer trois catégories de programmes de soins et d'activités dans n'importe quel établissement :

- les soins personnels
- les soins qui regardent la santé
- les soins psychologiques et sociaux

Les soins personnels

Les soins personnels comprennent l'aide et l'assistance dans les activités de vie quotidienne, ainsi que la supervision pour la prise des médicaments et un peu d'aide pour les affaires personnelles. En assurant ces soins, on devrait mettre l'accent non sur les limitations mais sur les capacités des résidants et encourager l'autonomie.

Les services comprennent l'aide fournie aux activités du type de celles qui sont énumérées à la page 10.

Les soins de santé

Dans un établissement pour personnes âgées, ces soins sont centrés principalement sur l'entretien de la santé. On peut penser que chaque résidant éprouve quelque diminution mentale ou physique, mais cela n'exige généralement pas de soins spéciaux. L'entretien de la santé inclut la prévention des maladies et des accidents, l'encouragement à l'indépendance maximum dans les activités quotidiennes et la prise de conscience de la réalité. La proximité d'un hôpital et d'autres services de santé serait hautement désirable.

Les soins de santé fournis dans un établissement peuvent comprendre des activités analogues à celles qui sont énumérées dans la deuxième partie, sous le titre «L'espace exigé par les soins dans un établissement», page 10.

Les soins psychologiques et sociaux

Des programmes reconstituants peuvent aider à effacer les pertes émotives et sociales qu'entraînent l'âge et l'entrée dans un centre d'hébergement. Ces programmes devraient encourager l'interaction sociale et renforcer l'estime de soi. Dans ces domaines, on met l'accent sur les habitudes de la vie normale. Les services fournis pourraient inclure :

- l'apprentissage de la débrouillardise
- la prise de conscience de la réalité
- des services psychologiques
- la thérapie occupationnelle
- des services de rééducation
- la réactivation sociale

Il existe des situations où ces services exigent qu'on leur réserve de l'espace spécial.

Le choix d'une planification

Il faut étudier un certain nombre d'éventualités avant de concevoir un programme directeur. Le choix qu'on fera devrait dépendre de la grandeur de l'établissement qu'on se propose de bâtir et de la population de résidants qu'on devra accueillir.

Les éléments du choix

On devrait prendre en considération les éléments suivants :

- Comment pourra-t-on garder telle quelle la population des résidants?
- Transférera-t-on les résidants en d'autres établissements si leurs capacités fonctionnelles se modifient?
- Les transférera-t-on au cas où augmenteraient leurs besoins en soins personnels ou de santé?
- Recevra-t-on l'aide de membres de la communauté qui participeraient à des programmes de soins pendant la journée, pendant la nuit, ou concernant des admissions temporaires dans l'établissement?
- Offrira-t-on programmes et services de soins aux membres de la communauté?
- Encouragera-t-on les résidants à quitter l'établissement pour un temps plus ou moins long, soit pour rendre visite à leurs familles, soit pour prendre des vacances?
- Quelles ressources peut-on trouver dans les professions libérales, le personnel paramédical, les bénévoles, les organismes et les installations de la ville, les clubs, etc., pour aider à établir un programme complet?
- Quelles sont les ressources financières dont on dispose dès le début pour les besoins d'investissement et de fonctionnement, de quelles ressources pourra-t-on disposer pour répondre aux modifications de l'âge et de l'état de santé des résidants?
- Quelle sorte de personnel peut-on recruter, où et comment aura-t-il été formé et quelles sont les possibilités d'enseignement, d'apprentissage et de recherche?
- Ces questions devraient être soigneusement étudiées, pendant qu'on dressera les projets d'architecture et de fonctionnement, afin d'assurer la réalisation et le succès de l'entreprise.

Les conséquences pour le personnel

Le personnel nécessaire

Le personnel nécessaire dépend des variables suivantes :

la grandeur de l'établissement
le type des soins offerts
la proportion des résidants qui reçoivent chaque type de soins
le type du programme des activités
le type du programme de relations de sociabilité
la réponse à la demande d'aide bénévole
le degré d'interaction avec la communauté
les services offerts pendant la journée aux membres de la communauté urbaine
les services assurés au sein même de la communauté urbaine
la législation, l'homologation et autres exigences concernant les usagers et les types de soins
les principes de gestion

Les types de personnel

On peut classer les types de personnel au service d'un établissement dans les grandes catégories suivantes :

personnel administratif
personnel soignant professionnel
personnel paramédical ou affecté aux soins personnels
personnel de l'entretien ménager
personnel de cuisine
personnel consultant
personnel affecté aux activités

Ces catégories peuvent être employées à plein temps ou à temps partiel et peuvent faire alterner leurs prestations (par exemple les soins de santé et les soins personnels).

Les consultants

Cette catégorie peut comprendre :

les comptables
les membres du clergé
les dentistes
les diététiciens
les médecins
les gériatres
les juristes
les thérapeutes occupationnels
les ophthalmologistes
les physiothérapeutes
les podiatres
les psychiatres
les psychologues
les assistants sociaux

Les bénévoles et autres
La catégorie des paramédicaux et des bénévoles peut comprendre :

- des organisations humanitaires locales
- des volontaires
- le coiffeur et le barbier
- ceux qui apportent leur aide aux activités récréatives
- ceux qui apportent leur aide aux activités en général
- des maîtresses de maison
- des organismes locaux, municipaux ou provinciaux

Les effectifs
Nos enquêtes ont démontré que l'effectif du personnel varie énormément, non seulement de province à province, mais encore selon le type des soins fournis. La moyenne nationale est de deux résidants pour un membre du personnel.

Le programme de fonctionnement devrait indiquer la proportion personnel-résidants qu'on pense nécessaire à chaque type de soins. Là où des soins plus nombreux sont nécessaires, l'on devrait augmenter l'effectif des soins médicaux et personnels et subir une augmentation générale de la proportion personnel-résidants.

Composition du personnel
Nos recherches ont également montré que le personnel se divise en trois groupes principaux avec, dans l'ensemble du Canada, les moyennes suivantes :

- soins médicaux et infirmiers 55%
- entretien ménager et alimentation 35%
- administration et activités 70%

desservant des moyennes nationales de

- 36% de résidants du type I
- 32% de résidants du type II
- 30% de résidants du type III

L'espace réservé au personnel
L'on devrait réserver au personnel, en raison directe de ses effectifs, l'espace nécessaire à la formation, à la récréation, aux toilettes, etc. Le moral du personnel peut être fortement atteint par des locaux inadéquats. On réclame le plus fréquemment des salons et des salles à manger séparés, des salles de réunion et de formation. Dans les communautés éloignées des grands centres urbains, les installations récréatives destinées au personnel revêtent une importance particulière.

Les membres «professionnels» se considèrent souvent comme différents du reste du personnel, surtout dans les grands établissements. Dans les plus petits, les activités du personnel sont plus homogènes et il se produit moins de divisions.

Le personnel spécialisé et les consultants devraient avoir des lieux de travail ou des bureaux appropriés à leurs besoins. On pourrait les situer dans les bureaux à surface normalisée, qui peuvent être partagés ou utilisés comme pièce d'entrevue par le personnel et les résidants. Un espace permanent devrait être réservé au personnel à temps complet à qui il est nécessaire d'avoir de la place pour les archives, l'entreposage du matériel et pour travailler en paix. Néanmoins, on devrait remarquer l'utilité des surfaces réservées aux bureaux polyvalents, et des pièces voisines des lieux de grand passage.

Dans les grands établissements, les toilettes et les vestiaires du personnel devraient être conçus pour soutenir le moral. On devrait garder de l'espace disponible pour les visteurs et les bénévoles, comme par exemple des lieux de travail, des toilettes, des vestiaires, des cabines téléphoniques, etc., afin d'encourager la participation de la communauté aux services de l'établissement.

On oublie souvent la nécessité d'un personnel de nuit. Les membres de ce personnel nécessitent des services de repas, des salons de repos et des systèmes de communications.

Services partagés en personnel

Il serait souvent avantageux, aux points de vue économique et administratif, de partager avec une clinique ou un autre établissement de santé, les services du personnel ci-dessous :

- personnel soignant
- personnel d'entretien ménager
- personnel d'entretien général
- personnel consultant
- personnel de cuisine

S'il y a quelques désavantages dans ce partage du personnel, ils se situent dans le champ des relations avec les résidants. Les établissements ainsi jumelés ont tendance à accueillir un plus grand nombre de résidants, et dans ces circonstances, les relations entre le personnel et les résidants sont affectées.

La formation du personnel

Dans un établissement gériatrique, le personnel a rarement l'occasion d'apprendre autrement que «sur le tas» quels sont les besoins des personnes âgées. Le personnel médical et paramédical, de son côté, aura souvent été formé dans des hôpitaux où l'on accorde peu d'attention aux soins personnels et à la réadaptation chez les personnes âgées.

Malgré la proportion personnel-résidants relativement élevée qu'on trouve dans les établissements pour personnes âgées, tout le personnel devrait être conscient de l'importance de son rôle, qui va bien au-delà de l'interprétation littérale d'une description de tâche. C'est pourquoi il est essentiel que tout le personnel reçoive une formation spécifique concernant la gériatrie et les besoins des personnes âgées.

Afin de faciliter ces programmes de formation, beaucoup d'établissements devraient réserver de l'espace et du temps pour les réaliser en y amenant toutes les catégories de personnel. Le personnel affecté aux soins personnels peut être formé «sur le tas». Des équipes multidisciplinaires comprenant des professionnels de la santé, des psychologues, des assistants sociaux et des gérontologistes devraient être disponibles pour aider à la réalisation de ces programmes de formation.

Le personnel d'entretien ménager ou général et même le personnel de cuisine devrait être averti des besoins spéciaux des résidants au service desquels ils se trouvent. C'est de cette façon seulement qu'on pourra être certain que tout le personnel fournira l'aide qu'on attend de lui dans ses relations avec les résidants âgés.

Les coûts

Coûts d'investissement

Les coûts d'investissement pour un établissement dépendent d'un certain nombre de facteurs.

Le terrain

- Surface et prix du terrain
- Coûts d'aménagement des services
- Accessibilité de l'emplacement
- Taille de l'établissement

Construction et conception ou achat et rénovation

- Normes de construction (codes, etc.)
- Normes de répartition des espaces dans les établissements de soins, déterminées par les réglementations provinciales et locales et les normes d'homologation
- Complexité de la conception
- Éléments spéciaux de la conception, comme détails architecturaux, revêtements, etc.
- Surface brute par résidant
- Surface totale de l'espace annexe
- Surface occupée par les principaux services et l'administration
  - cuisine centrale
  - buanderie centrale
  - entreposage central et fournitures
  - centre de formation du personnel, etc.
- Surface occupée par les soins de santé
  - soins infirmiers
  - salles de physiothérapie
  - bains tourbillon
  - gymnase
- Surface occupée par les activités et les divertissements
  - salle de jeu
  - atelier d'artisanat
  - salons (télévision, jeux de cartes, etc.)
  - salle à manger séparée
  - boutiques
  - centre communautaire
  - piscine
- Frais d'aménagement de l'emplacement, terrassement préliminaire et aménagement paysager
- Étendue et coût de l'aménagement immobilier, de la finition et de l'équipement

Conditions du marché

Coût de construction dans la région et conditions du marché
Durée et saison de construction
Disponibilité de financement temporaire ou à long terme

Frais de fonctionnement

Les frais de fonctionnement d'un établissement pour personnes âgées sont le reflet de ces dépenses directes ou indirectes :

composition du personnel
proportion personnel-résidants
proportion relative des types de soins
gamme des services et programmes offerts dans l'établissement et à la communauté
utilisation de bénévoles et d'autres ressources de la communauté
situation de l'établissement
normes de construction de l'établissement
taille de l'établissement
frais de chauffage et d'éclairage
frais d'administration
frais d'entretien, extérieur et intérieur
coût des soins
coût des médicaments
coût de l'alimentation
frais de buanderie
frais d'entretien ménager
utilisation de l'espace
frais occasionnés par la participation de consultants et de personnel à temps partiel
allocation journalière disponible pour les services de soins et de logement
coût des assurances
transports et/ou autres frais imprévus

Des installations comportant une faible surface brute par résidant, des services et des programmes limités, auraient certainement des frais de fonctionnement assez réduits. De plus, les établissements qui n'offrent que des soins de type élémentaire à des résidants capables de se déplacer et autonomes, nécessiteraient un personnel moins nombreux, moins de frais d'entretien ménager, de buanderie et d'entretien général, et même moins de frais occasionnés par les soins de santé. Ces facteurs ont été déterminants en maintes parties du pays et ont produit des établissements qui ne desservent que les résidants des types I et II, avec peu de soins sociaux ou autres. Ces établissements sont économiques mais ne fournissent pas la gamme des soins d'un type à l'autre que nous avons recommandée dans la première partie.

La proportion des résidants qui nécessitent des soins d'un type plus avancé affecte certainement et directement le coût journalier des résidants de l'établissement. On peut le déceler en considérant l'effectif plus nombreux du personnel et la plus grande surface brute attribuée par résidant.

Il faut trouver un équilibre entre toutes ces considérations en élaborant la conception, de façon à en tirer les solutions pratiques et économiques les plus heureuses possibles.

Les besoins à prévoir et les agrandissements

Les établissements, les projets qui ne prévoient pas certaines transformations qui se produisent inéluctablement pendant la durée de l'utilisation de l'immeuble, se révéleront généralement inappropriés quelques années à peine après leurs débuts.

Le changement

L'augmentation rapide des attentes de la société, à elle seule, exige que les futurs projets et établissements prévoient ces changements et se préparent à s'y conformer. En outre, la modification de la structure des âges dans l'ensemble de la population, l'allongement de l'espérance de vie, les modifications dans les traitements et les programmes de soins, exigent des solutions architecturales appropriées.

Pour s'adapter aux changements qui se produiront dans les domaines sociologique, démographique, économique, technologique ou politique, il faudrait que le programme de fonctionnement et le plan directeur prévoient leur apparition.

État de santé des résidants

On devrait également s'attendre à des modifications dans l'état de santé et dans la mobilité des résidants. C'est pourquoi la conception des établissements devrait, d'une façon générale, être souple et adaptable aux agrandissements nécessaires.

Plan directeur

Les plans d'un établissement sont souvent établis pour une construction répartie sur un certain nombre d'années. Une fois achevé, l'établissement devrait satisfaire aux types de soins les plus avancés qu'on a prévu de fournir.

On ne devrait pas oublier l'agrandissement et l'aménagement futurs de l'emplacement. On devrait prendre soin de conserver un espace adéquat pour la récréation de plein air, pour les accès, etc. On accorde souvent trop peu d'importance à l'apparence esthétique des agrandissements réalisés.

Rapports avec la communauté

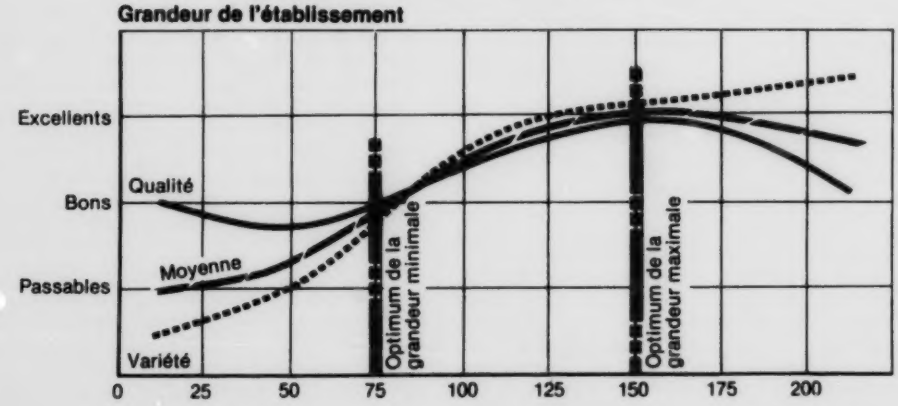
On peut affirmer qu'un établissement qui réussit est en rapport constant avec la communauté, ce qui aboutit à un haut degré de relations et d'échanges de services. Des modifications d'espaces et d'organisation seront souvent nécessaires pour stimuler l'élaboration de programmes qui serviront les personnes âgées de la communauté aussi bien que les résidants, comme, par exemple, des services de garde, l'aide ménagère, des services de soins personnels, des services de repas, la physiothérapie et des programmes d'activités.

La qualité de la vie dans un établissement se reflète dans l'idée qu'un résidant se fait de sa propre valeur. Si l'environnement fournit les éléments matériels et psychologiques essentiels à une bonne représentation de soi-même, on peut dire que la qualité de la vie est bonne.

La variété reflète l'étendue des occasions de participation, de choix et de stimulation. De petits établissements offrent rarement toutes ces occasions.

Modèle théorique

Variété et qualité des services et des programmes



Remarque : À partir d'une certaine grandeur, la qualité de la vie dans un établissement est affectée d'un coefficient négatif et l'on devrait chercher d'autres solutions au développement.

Troisième partie
Les considérations architecturales

Programmation architecturale

Principes de base

La programmation architecturale a pour dessein de traduire en termes de besoins physiques et spatiaux les exigences énumérées dans le projet de fonctionnement.

La programmation architecturale, dans le passé, se contentait d'inclure une liste de locaux en indiquant leur nature et leur surface. Dans la tâche à laquelle nous nous consacrons, il est néanmoins souhaitable d'exposer les principes de notre souci des usagers, un portrait de ces usagers et un tableau de leurs besoins, en reportant le tout à un contexte architectural.

Programmes sociaux

Le programme devrait établir clairement la distinction entre les programmes sociaux, les pratiques administratives et la construction qui devra répondre à leurs nécessités.

Les programmes architecturaux, pour la plupart, devraient rester adaptables aux modifications qui se produisent à long terme dans les besoins des usagers, à l'évolution des principes qui gouvernent les soins et aux éventuelles transformations des bâtiments pour satisfaire les nouveaux besoins.

Les normes

Les normes établies sur des critères minimaux, comme les contraintes que font peser la législation ou des lignes directrices, obligatoires ou facultatives, répondent rarement aux besoins à longue échéance de la communauté et des usagers. On devrait donc prendre soin de dresser la liste de ces futures nécessités et des normes qui pourraient être établies, avant de mettre un point final à la programmation architecturale.

Coûts et bénéfices

L'établissement d'un budget comprenant les frais d'investissement et les frais de fonctionnement devrait tenir compte des coûts et bénéfices sociaux dérivés de l'adaptabilité d'un bâtiment à de nouvelles exigences.

Le point de vue de l'utilisation

Une programmation architecturale dressée essentiellement en termes d'utilisation suscitera tout un jeu de solutions, lesquelles permettront à leur tour de trouver une réponse appropriée aux problèmes régionaux et des innovations adéquates à la solution des cas exceptionnels.

En résumé

Une programmation architecturale est donc l'énumération des besoins spatiaux et environnementaux, extraits du projet de fonctionnement, à l'usage des concepteurs, des architectes et des ingénieurs chargés de la mettre en oeuvre.

D'un panorama aussi étendu on peut brosser l'esquisse préliminaire d'un projet et en faire les plans d'exécution. Et pendant que s'accumulera la documentation nécessaire à la construction, la programmation architecturale devrait faire office de liste de contrôle.

Programmation architecturale exprimée en termes de spécifications de l'utilisation

Le but des descriptions d'utilisation est de cerner un problème et de définir, en mots plutôt qu'en chiffres, la solution souhaitée. Les services attendus d'un établissement pour personnes âgées sont évidemment complètement différents de ceux qu'on attend d'un établissement pour adultes ou enfants en bonne santé.

La quatrième partie de ces lignes directrices donne la liste des incapacités spécifiques des usagers, en rapport avec les considérations pertinentes d'espace et de programmes. La programmation architecturale devrait donc décrire les espaces en termes d'utilisation, afin de répondre aux caractéristiques de la clientèle.

Tous les établissements pour personnes âgées devraient pouvoir être aisément parcourus malgré une capacité de déplacement réduite, une plus grande fragilité et la fréquence d'incapacités spécifiques chez cette sorte d'usagers (voir tableaux, pages 48 et 49).

Le tracé des voies d'accès aux lieux fréquentés par les résidants devrait suivre un ordre naturel, selon la liste que voici, des endroits de première importance :

1. emplacement et accès dépourvus d'obstacles
2. entrée principale et foyer
3. services administratifs d'accueil
4. circulation
5. salons et endroits réservés aux activités
6. espace résidentiel, y compris les patios, toits-terrasses et balcons
7. espace résidentiel annexe
8. aire de soins
9. aire de repas
10. espace à l'usage de la communauté

Les endroits d'importance secondaire devraient comprendre :

11. administration générale
12. cuisine centrale
13. buanderie centrale
14. centre de l'entretien ménager
15. centre de l'entretien général
16. fournitures et services

Suivent les critères d'utilisation, aux points de vue des accès et du fonctionnement général, qui concernent les endroits de première importance énumérés plus haut (pour les critères d'aménagement du terrain, voir page 50).

1. Emplacement et accès dépourvus d'obstacles

L'emplacement et les accès piétonniers devraient être accessibles aux personnes affligées de troubles de mobilité, y compris celles qui font usage de béquilles ou de fauteuils roulants. Les accès devraient être libres de tout ce qui peut présenter un obstacle à certaines catégories d'infirmes comme les aveugles, les sourds, les utilisateurs de fauteuils roulants ou d'auxiliaires à la marche.

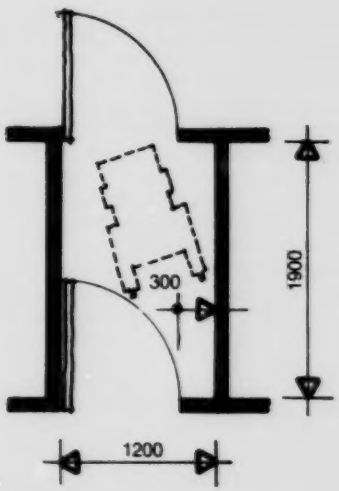
Les dépressions dans les trottoirs, les rampes, les dénivellations des sentiers pour piétons et toutes les pentes en général devraient être conformes aux prescriptions du *Supplément no 5 du Code national du bâtiment.*

Les allées, sentiers et escaliers extérieurs devraient avoir un revêtement qui demeure antidérapant, que le temps soit sec ou pluvieux. Certains aveugles aiment bien qu'il y ait un léger rebord au début d'une rampe, afin d'avoir un repère pour se diriger. Mais ces rebords peuvent empêcher, s'ils ont plus de 15 à 20 mm de relief, les fauteuils roulants de passer.

On devrait pouvoir quitter une automobile pour un fauteuil roulant sans aide, se déplacer sans obstacle dans ce fauteuil depuis l'espace de stationnement (dans la rue ou dans le parc) jusqu'à l'entrée des bâtiments et dans tous les endroits réservés aux résidants.

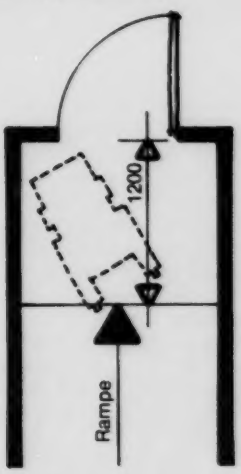
2. Entrée principale et vestibule

L'entrée principale et le vestibule devraient être accessibles aux personnes qui se déplacent difficilement, y compris celles qui utilisent des auxiliaires à la marche ou des fauteuils roulants.



Portes de vestibule

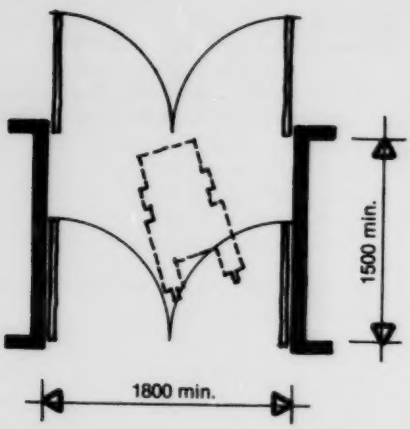
L'accès ne devrait pas comporter de dénivellation dans la direction du déplacement. Le sol, qu'il soit mouillé ou sec, devrait être antidérapant. On devrait fournir des auxiliaires scellés au bâtiment (mains courantes, garde-fous).



Portes de vestibule

Les portes d'entrée et de vestibule devraient être faites de telle sorte qu'elles puissent être aisément utilisées par des personnes ayant peu de forces physiques. La quincaillerie devrait pouvoir être manipulée par des personnes à l'adresse et à la vigueur diminuées.

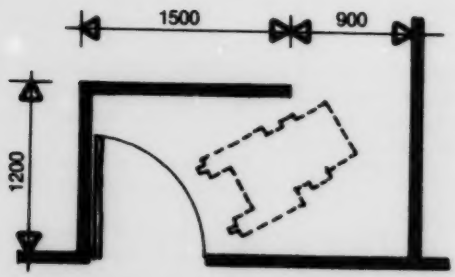
Les portes, qu'elles soient isolées ou à la suite les unes des autres, devraient permettre le passage d'un fauteuil roulant manié par son occupant lui-même.



Tambour d'entrée avec portes à deux battants

Les panneaux indicateurs aux environs et dans l'entrée devraient être lisibles pour ceux qui ont la vue basse. On pourrait y ajouter des procédés d'information spécialement adaptés aux aveugles.

Les accès les plus fréquentés devraient être protégés des éléments, du vent, de la pluie et de la neige. Il faudrait prévoir un endroit où s'asseoir pour regarder la rue, attendre quelqu'un, pour enlever ses bottes, ses couvre-chaussures, etc.



Portes disposées en chicane dans un vestibule

L'entrée devrait être fortement et continuellement éclairée afin de renforcer le sentiment de sécurité.

Il faut parfois garder sous observation vigilante les accès principaux d'un établissement. C'est pourquoi il faudrait que ces accès soient dans le champ de vision d'une partie constamment occupée des bâtiments.

La nuit, l'entrée devrait être pourvue d'un gardien, ou bien on pourrait utiliser un appareil avertisseur mécanique pour attirer l'attention du personnel de garde.

3. Les services administratifs d'accueil

Les lieux dévolus à l'administration et qui sont voisins de l'entrée principale et des grands axes de circulation à l'intérieur des bâtiments, devraient être matériellement accessibles à tous les résidants.

Le centre d'information devrait être meublé de bureaux et de comptoirs utilisables par les résidants en fauteuil roulant aussi bien que par ceux qui peuvent marcher.

Les panneaux d'affichage, les horloges, les panneaux indicateurs et tout ce qui sert à informer en de tels endroits devraient être utilisables par tous les résidants. Le courrier personnel, les colis, le rangement des articles personnels de valeur, etc., devraient être accessibles à tous les résidants, quelle que soit leur infirmité.

Le bureau central, celui du directeur, ainsi que toute pièce servant aux consultations ou aux entrevues des résidants et du personnel, devraient être aisément accessibles à tous les usagers physiquement handicapés.

Les endroits destinés aux attentes, à proximité de ceux qui viennent d'être énumérés et qui sont dévolus à l'administration, devraient être appropriés aux personnes âgées et adaptés aux utilisateurs de fauteuils roulants. Ces endroits devraient être confortables, bien éclairés, meublés et décorés adéquatement et proches des bureaux. En outre, on devrait concevoir ces endroits de telle sorte qu'ils offrent le spectacle de l'activité de passage ou adjacente sans gêner le courant de la circulation.

Les espaces administratifs dont les services s'adressent directement aux résidants, devraient être proches et bien en vue des centres de circulation verticale et horizontale du bâtiment.

Ils devraient être abondamment éclairés et munis de panneaux appropriés.

4. La circulation

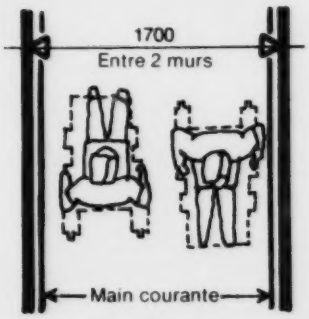
Les espaces de circulation primaire et secondaire devraient inclure la circulation horizontale aussi bien que la circulation verticale.

Les couloirs

Les couloirs répondent à la circulation horizontale dans la plupart des établissements. Ces couloirs font généralement partie d'un réseau reliant les vestibules, les salles communes et la circulation verticale par les escaliers et les ascenseurs. Parfois les couloirs sont reliés par une série d'espaces d'usage commun.

Dans un établissement pour personnes âgées, la facilité des déplacements et la distance à parcourir sont deux exigences auxquelles il faut répondre. Il faudrait, en outre, considérer l'accessibilité, la complexité des lieux et la sécurité.

Afin de répondre à ces exigences, on devrait suivre les lignes directrices suivantes : Les couloirs devraient permettre à deux personnes de se croiser aisément, même si elles utilisent des auxiliaires comme des chariots, des cannes, des fauteuils roulants.



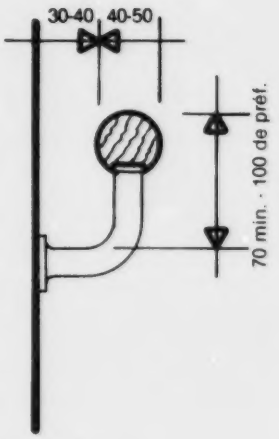
Croisement de deux fauteuils roulants dans un couloir

Là où sont prodigués les soins de type II ou III, la largeur des couloirs devrait permettre facilement la circulation des civières à partir des installations adjacentes.

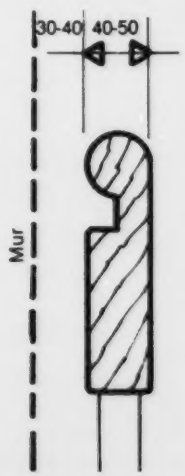
Passage

Les couloirs ne devraient jamais être longs et devraient offrir une certaine variété de décoration et de disposition, avec des endroits où s'asseoir et bavarder. Il devrait y avoir des endroits de repos pour ceux dont les forces sont affaiblies.

Les couloirs devraient être munis, de chaque côté, de mains courantes bien éclairées pour aider la marche.



Main courante fixée au mur



Coupe d'une main courante

Les aires de circulation devant les ascenseurs devraient être suffisamment grandes pour permettre à un groupe d'attendre la cabine sans être dérangé et sans déranger le courant du passage.

Les indications : L'utilisation de panneaux indicateurs, d'un code de couleurs, de graphiques ou d'autres procédés devrait s'étendre à tout l'établissement. Les panneaux dans les couloirs devraient être lisibles pour les personnes dont la vue est faible, le lettrage devrait se détacher nettement des fonds, par le moyen du coloris, de la texture de surface ou de la grandeur.

Les changements de direction devraient être signalés par des caractéristiques bien définies afin d'aider à s'y reconnaître.

Les planchers des couloirs de même aspect général devraient se distinguer les uns des autres par un code de couleurs, un mobilier spécial, des plantes en pot, des oeuvres d'art, etc., aussi bien que par une signalisation claire.

Des fenêtres ensoleillées, au bout des couloirs, éblouissent et on devrait les éviter.

La lumière du jour, éclairant un couloir par intervalles, stimule la conscience de la réalité extérieure. Les fenêtres pourraient aussi offrir le spectacle d'une forte activité qui aide au sens général de l'orientation.

Un système de haut-parleurs pour les informations générales ou urgentes pourrait rendre bien des services dans les endroits de grande circulation, pourvu que le bruit ne pénètre pas dans les lieux réservés à la vie privée.

Les couloirs devraient toujours être bien éclairés. L'éclairage de secours et les veilleuses devraient permettre d'évacuer les lieux en toute sécurité en cas d'incendie. Mais cet éclairage ne devrait pas s'insinuer dans les endroits privés comme les chambres à coucher des résidants.

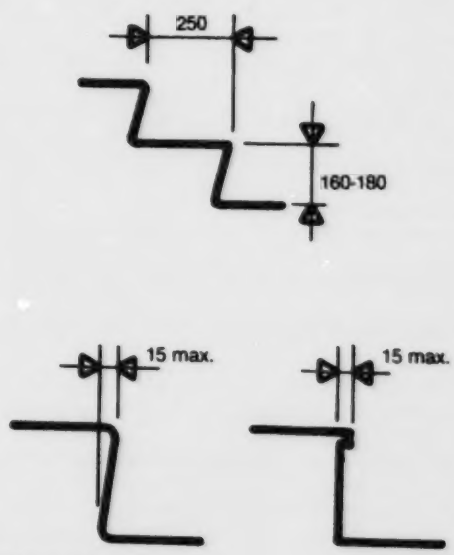
La puissance totale de l'éclairage devrait être élevée et devrait comporter un minimum d'ombres et de reflets éblouissants. On devrait éviter les sources de lumière directe.

La surface des planchers devrait être résistante et mate. Elle devrait permettre le roulement aisé de véhicules comme les fauteuils roulants et les chariots. Et, afin de faciliter les choses aux personnes à la vue basse, le sol devrait être d'une couleur contrastant avec celle des murs.

Les escaliers

Dans les établissements pour personnes âgées, les escaliers ne sont généralement prévus que comme sorties de secours. Ils ne servent qu'occasionnellement à la circulation verticale. Afin de répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées on recommande de suivre les critères de conception ci-après :

- La largeur de l'escalier, des marches et contremarches, la course, etc., devraient suivre les codes et normes en vigueur. On devrait veiller, en outre, à fournir des girons et des nez antidérapants. Si les nez dépassent les contremarches, ils devraient être arrondis et conçus de telle sorte qu'ils réduisent le danger de trébucher pour les personnes âgées qui gravissent ou descendent l'escalier avec l'aide d'auxiliaires ou qui ont de la difficulté à se déplacer.



Nez de marches

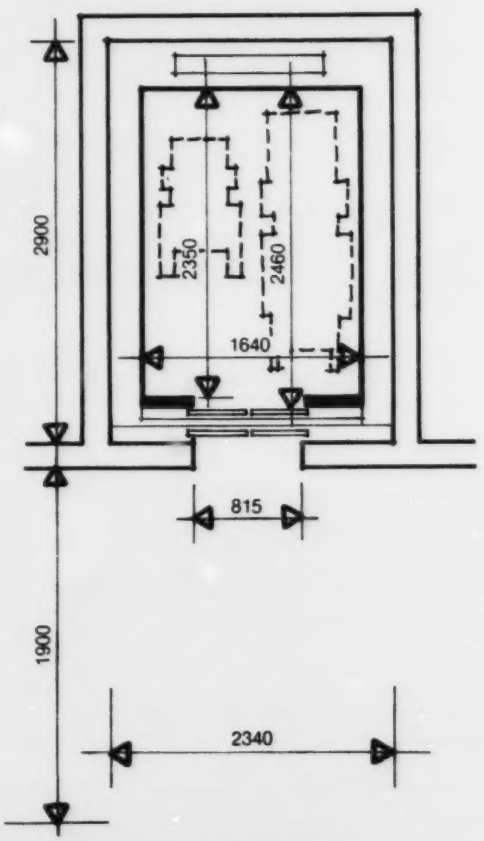
- Des mains courantes devraient être fixées de chaque côté, sur toute la longueur de l'escalier, et leur section devrait être adaptée à la prise de personnes malhabiles.
- L'éclairage devrait venir du haut et ne devrait pas produire de reflets.
- Le revêtement des murs et des planchers devrait être mat. Les portes donnant sur les cages d'escalier devraient être munies de panneaux vitrés pour aider la reconnaissance des lieux. Là où c'est possible, et pour fournir une aide supplémentaire à l'orientation, les cages d'escalier devraient être placées contre les murs extérieurs et devraient avoir des fenêtres donnant sur le dehors.
- Les paliers à chaque étage devraient être munis de panneaux ou de symboles indiquant l'étage et ce qu'on y trouve.
- Les cages d'escalier devraient être chauffées et ventilées de façon convenable et on devrait les décorer agréablement pour en encourager l'utilisation.
- La quincaillerie des portes donnant sur les cages d'escalier, la hauteur des commutateurs, etc., devraient être adaptées à des usagers handicapés.

Les ascenseurs

Les ascenseurs forment le principal moyen de circulation verticale dans les établissements pour personnes âgées comportant plus d'un étage.

Les ascenseurs devraient répondre aux exigences suivantes :

- La surface du plancher de la cabine devrait pouvoir recevoir une civière ou un fauteuil roulant et une personne de service.
- Les manettes, boutons, appareillages de secours, etc., devraient être à la portée d'utilisation par une personne âgée handicapée physiquement.
- La cabine devrait être munie d'un équipement qui assurera des déplacements très doux et mettra le seuil de la cabine exactement à niveau de chaque étage.
- Le revêtement des seuils et des planchers devrait être conçu pour permettre le passage aidé des auxiliaires à la marche ou des fauteuils roulants et des chariots.
- La durée d'ouverture de la cabine devrait être réglable, de façon à ne pas gêner les résidants dont la mobilité et la vitesse des réflexes sont diminuées.
- La cabine devrait être munie d'une barre d'appui sur trois côtés. On devrait y trouver des banquettes si elle dessert plus de trois étages.
- Les panneaux, les chiffres indiquant les étages, etc., devraient être bien lisibles, fixés à une hauteur où des passagers assis ou debout pourraient les voir.
- Les montants des portes donnant sur les ascenseurs devraient porter l'indication bien visible de l'étage, afin d'aider les personnes à la vue affaiblie.
- Un système sonore d'annonce ou d'appel devrait être installé pour les cas de pannes, et pour aider les personnes de mauvaise vue en annonçant les étages dans un bâtiment tout en hauteur.
- La cabine devrait être éclairée au même degré que les étages.
- L'entretien du revêtement de la cabine devrait être facile.



Ascenseur pour civière et fauteuil roulant

5. Salons et endroits réservés aux activités
Les salons et endroits réservés aux activités de toutes sortes devraient être conçus pour la commodité et le confort des résidants.

Leur grandeur devrait leur permettre de servir à une grande diversité de regroupements, selon l'usage auquel tel ou tel endroit particulier est destiné. Les résidants qui peuvent marcher et ceux qui sont en fauteuil roulant devraient pouvoir s'y déplacer aisément.

On peut désirer de vastes surfaces polyvalentes, adaptables simultanément à diverses fonctions ou appropriées à des activités en groupes restreints. Des écrans, des cloisons mobiles, etc., devraient pouvoir être facilement déplacés par des personnes âgées.

On devrait songer à fournir un espace adéquat pour l'entreposage de l'équipement et qui soit immédiatement accessible à partir de l'espace polyvalent.

Les annexes (entreposage, vestiaires, pièces mises à la disposition des bénévoles, bureau du directeur des activités, toilettes publiques, etc.) devraient être pratiquement accessibles aux résidants âgés et handicapés.

Partout où c'est possible, on devrait établir des accès directs aux aires de récréation extérieures et aux jardins.

La décoration intérieure des murs et des surfaces, les points saillants, les planchers, le mobilier, etc., devraient offrir variété et stimulation visuelle. On recommande l'emploi de couleurs et de textures contrastantes.

Le mobilier et la quincaillerie devraient être choisis en vue de leur utilisation par des personnes âgées. On devrait installer des sièges là où c'est nécessaire.

Les grandes surfaces de rassemblement exigent parfois des auxiliaires, comme, par exemple, des barres d'appui aux endroits où l'on attend debout ou en piétinant.

La surface des sols devrait être antidérapante en général, se prêtant aux déplacements des personnes ayant des difficultés ou utilisant des fauteuils roulants. On devrait choisir des revêtements de sol mats, réfractaires à l'électricité statique. Il faudrait pouvoir régler l'humidité ambiante.

On devrait choisir des revêtements de plafond en tenant compte de leurs propriétés acoustiques aussi bien que de la facilité de leur entretien. La hauteur des plafonds devrait être fonction de l'utilisation et de la grandeur des lieux.

On devrait prévoir des fenêtres dans les endroits réservés aux activités et aux récréations, dans les salons, etc. Ces fenêtres devraient donner sur l'extérieur et devraient ouvrir, au moins en partie. Des tentures et des rideaux devraient permettre d'intercepter les rayons de soleil gênants et de créer l'obscurité pour les séances de projections.

On devrait munir les endroits réservés aux divers travaux d'un éclairage approprié à la diversité des activités et des programmes récréatifs. On devrait éviter autant que possible les sources de lumière directe, afin d'éviter l'éblouissement.

On devrait munir d'un système d'aération toutes les pièces où dix personnes ou plus se réunissent.

6. L'espace résidentiel
Les espaces résidentiels énumérés dans la troisième partie (les besoins d'espace) comprennent les espaces exigés par les fonctions fondamentales suivantes :

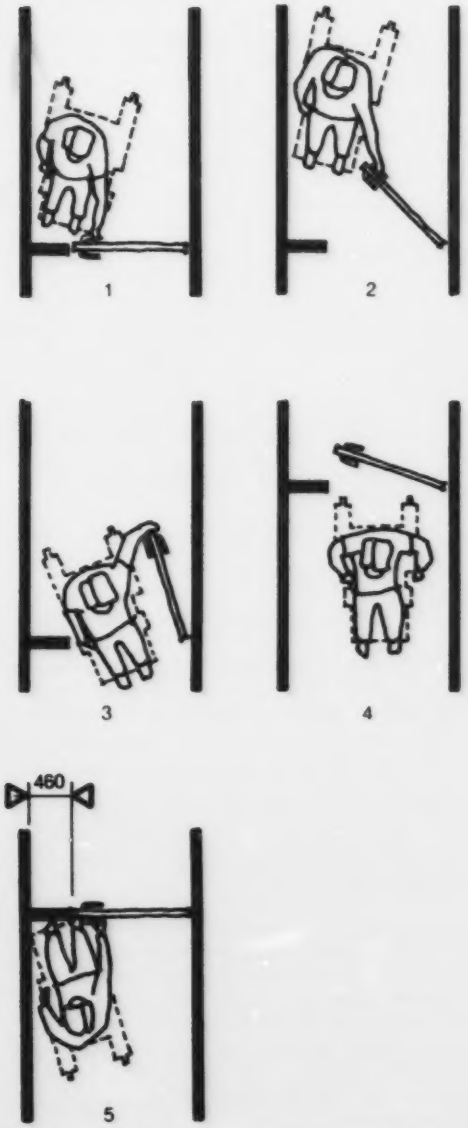
Vie quotidienne
Sommeil et repos
Repas et cuisine
Toilette
Bains
Soins de la personne
Maintien de la forme et exercices
Entretien ménager et lessive
Communications et relations sociales
Entreposage
Récréation, violons d'Ingres et intérêts personnels

On peut se livrer à ces activités dans des endroits très divers. La caractéristique distinctive des établissements pour personnes âgées est qu'il y faut trouver une certaine quantité d'aide, de surveillance ou de soins pour les résidants.

Pour arriver à satisfaire ces besoins, il faudrait néanmoins prendre garde de ne pas porter atteinte, sans nécessité, au droit à l'intimité et à l'autonomie des résidants.

La solution qui consiste à utiliser une chambre à coucher pour nombre d'usages différents présume qu'une seule chambre peut satisfaire des besoins divers. Il faudrait préférer, et de loin, une solution qui laisse le libre choix de l'étendue et de la définition de l'espace privé, à condition qu'elle respecte aussi d'autres exigences comme la facilité d'entretien, la dotation en personnel et les contraintes financières.

L'accès
Les surfaces de circulation intérieure devraient permettre le libre passage et les changements de direction d'un fauteuil roulant. On devrait élargir les abords des portes pour en permettre l'accès et la manipulation par une personne en fauteuil roulant.



Manoeuvre d'une porte par l'usager d'un fauteuil roulant

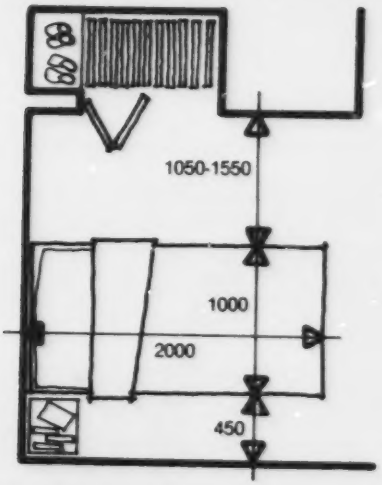
Tout l'espace, toutes les installations et tout le mobilier devraient être à la portée des résidants et devraient pouvoir être facilement utilisés par eux. On devrait veiller, en les choisissant, à répondre à ces exigences (voir Données anthropométriques, annexe A, page 76).

La décoration des appartements ou des chambres où se déroule la vie privée des résidants devrait être appropriée aux préférences et aux capacités de chacun.

Les résidants du type I
Par définition les résidants du type I sont plus actifs que les résidants qui nécessitent des soins plus avancés. Les solutions appropriées aux résidants de type I devraient satisfaire aux exigences suivantes :

- Les résidants devraient se voir accorder tout l'espace nécessaire pour mener leur existence avec un minimum d'aide et de surveillance.
- Les services de soins devraient être toujours disponibles mais ne devraient pas faire partie intégrante des services d'hébergement.
- Le résidant devrait pouvoir faire, en toute indépendance, usage de l'espace réservé à la vie diurne ou nocturne.
- Le résidant devrait avoir le choix de vivre seul ou en compagnie d'un autre résidant (un conjoint, un parent, un ami).
- Il est excellent de laisser le résidant disposer le mobilier à sa convenance et suivant ses habitudes.
- S'il est nécessaire de partager l'usage de quelques installations (salle de bain, cuisine, entreposage), on devrait les disposer néanmoins de façon à en permettre l'utilisation en privé par chaque résidant.
- Les espaces de jour devraient être adaptés à des personnes qui ont un degré raisonnable d'activité et d'indépendance. Ces espaces devraient avoir des fenêtres et, si possible, un balcon ou un patio avec vue sur l'extérieur et les jardins.
- On devrait aménager un endroit pour s'asseoir près des fenêtres, avec des sièges pour plus d'une seule personne.
- Les seuils de fenêtre, les meneaux horizontaux, etc., devraient être placés de façon à ne gêner en rien la vue des résidants quand ils sont assis (voir Données anthropométriques, annexe A, page 76).
- L'espace réservé aux violons d'Ingres qui n'exigent que peu ou pas de matériel ou d'outillage, devrait être prévu avec la place nécessaire à l'entreposage et à l'exposition des oeuvres.

- L'espace d'entreposage devrait être suffisant pour une gamme complète de biens personnels, y compris les objets de toilette, les vêtements, etc. Les objets de valeur devraient être enfermés à clé. Les besoins en espaces d'entreposage devraient répondre aux codes et normes en vigueur. Ils devraient pouvoir s'adapter aux arrangements que les résidants choisiront selon leurs goûts personnels. Leur entretien devrait être aisé et il faudrait qu'ils soient adéquatement aérés.
- La disposition du lit et des autres meubles pourrait être très variée. Il faudrait donc que le système d'appel et de communication demeure accessible dans cette diversité d'arrangements.

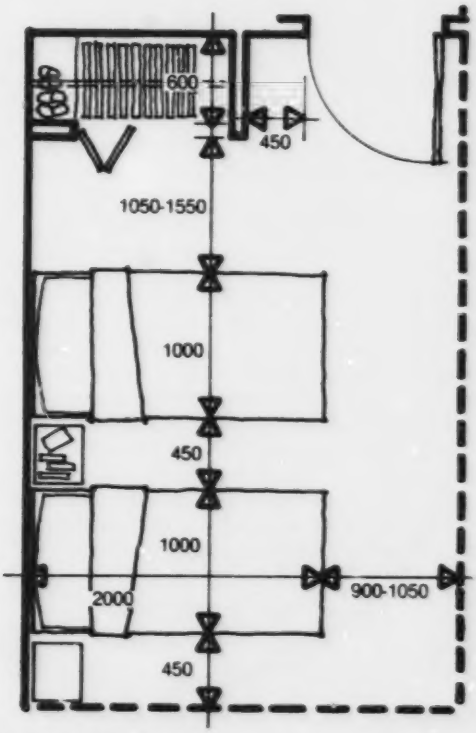


Alcôve pour 1 lit[1]

Les résidants des types II et III

Les résidants de ces catégories se partagent assez fréquemment les mêmes espaces. On suggère néanmoins de respecter tous les aspects du droit à la vie privée qui ont été énumérés précédemment. Quel que soit le type des soins qui leur sont prodigués, les résidants ont besoin de garder leur indépendance et leurs capacités d'agir dans leur chez-soi.

L'augmentation des services de soins personnels, les exigences accrues en entretien et surveillance de la santé, nécessitent seulement que l'espace occupé par les résidants durant la journée puisse également servir aux activités du personnel.

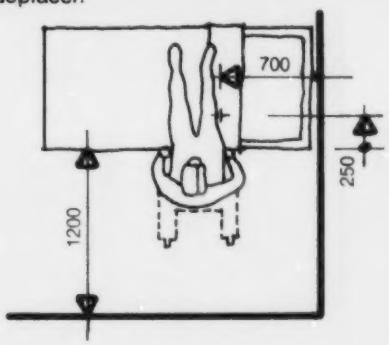


Chambre à deux lits
(Un des résidants est un handicapé du type I)[1]

L'ensemble de ce qui est nécessaire au personnel pour la surveillance ou l'administration des soins aux résidants ne devrait jamais être le critère le plus important dans les décisions concernant l'attribution d'espace personnel.

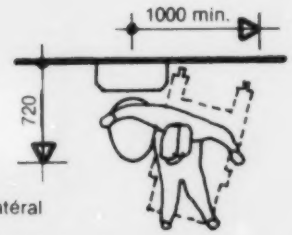
[1]Ces plans n'indiquent que les espaces libres, non les dimensions recommandées des chambres.

L'accessibilité devient d'autant plus importante que plus de résidants de ce type exigent de l'aide pour se déplacer.



Transfert du fauteuil roulant au lit

Il est très important de prévoir de l'espace de circulation près des lits et des placards, dans les cabinets d'aisances et les salles de bains, pour permettre l'utilisation de fauteuils roulants. Cet espace devrait suffire aux transferts latéraux, aux demi-tours sur place des fauteuils roulants et à l'aide apportée par le personnel.



Transfert latéral

L'accès à l'espace prévu pour s'asseoir devant les fenêtres ne devrait pas être gêné en aucune façon. On devrait fournir des sièges en suffisance pour les résidants et leurs invités là où ces sortes de réunions sont prévues.

Chaque personne qui partage de l'espace avec d'autres, comme une chambre à coucher ou un endroit où passer la journée, devrait pouvoir disposer d'un espace individuel avec pleine liberté de l'arranger selon ses goûts personnels.

Le mobilier devrait être choisi en fonction de l'incapacité, la fragilité et la difficulté de se déplacer des résidants.

L'appareillage et la quincaillerie devraient être utilisables par des personnes à degrés d'incapacité avancée.

Les économies qui peuvent sembler séduisantes à première vue, et particulièrement celles qu'on peut faire en réduisant l'espace résidentiel au minimum, pourraient se révéler très souvent malheureuses à longue échéance, à mesure que se modifient les besoins et les attentes des résidants. Les solutions apportées devraient prendre en considération la vie de l'immeuble et éviter de rendre l'organisation et la répartition de l'espace si rigides qu'on n'y pourrait répondre à l'évolution des traitements, au progrès des idées et aux modifications des capacités de fonctionnement des usagers.

Quelques notions supplémentaires pour aider à la conception

Le mobilier volant, les tentures, devraient être résistants au feu et devraient répondre aux exigences de sécurité en cas d'incendie et aux codes locaux concernant la combustibilité et la production de fumée.

- Le fini de toutes les surfaces devrait être facile à entretenir.
- Le matériau des planchers devrait être résistant et souple, tout en permettant l'usage aisé des auxiliaires.
- Les surfaces où peuvent être renversés des liquides devraient être antidérapantes, qu'elles soient sèches ou mouillées.

La puissance de l'éclairage devrait être appropriée aux tâches à accomplir. Les sources d'éclairage ne devraient pas produire de reflets éblouissants. Les lieux réservés à la vie quotidienne et au sommeil devraient comporter la possibilité de varier l'éclairage. Ce dernier devrait avoir un caractère intime plutôt que d'endroit public.

Il faudrait laisser régler le chauffage et l'aération, jusqu'à un certain point, par les résidants eux-mêmes. La puissance du chauffage, plus élevée que les normes habituelles dans les habitations, devrait être adaptée aux usagers âgés.

L'aération ne devrait pas créer de désagréables courants d'air et pourrait, jusqu'à un certain point, être réglée par les résidants eux-mêmes.

Toute la quincaillerie, les manettes, leviers, boutons et poignées des appareils électriques ou mécaniques devraient pouvoir être utilisés par les résidants, quel que soit leur handicap.

Les systèmes de communication et d'utilisation des médias devraient permettre à chaque résidant de faire usage de son propre téléphone, de son appareil de radio ou de télévision ou de son interphone.

- Le système d'annonce ou d'appel de l'établissement ne devrait pas pénétrer dans l'espace réservé à la vie privée.
- Un système d'appel d'urgence du personnel soignant et administratif devrait être à la disposition des résidants, quelle que soit leur incapacité.
- Des systèmes supplémentaires de communication ou de signaux d'urgence pourraient être nécessaires pour des personnes affligées d'infirmités multiples, pour les aveugles et pour les sourds.

7. Espaces annexes

La buanderie

On devrait prévoir de l'espace pour un équipement de buanderie de type ménager, dans le voisinage des lieux d'hébergement, afin d'encourager les résidants à faire leur lessive personnelle.

On devrait s'assurer du nombre de résidants qui sont appelés à se partager ces installations, pour déterminer le nombre d'appareils nécessaires.

La buanderie offre bien des occasions de nouer des relations. On devrait y prévoir un endroit pour s'asseoir avec vue sur l'extérieur ou sur une autre aire d'activité. Il faudrait de la place pour le repassage et le pliage du linge et pour entreposer des articles comme les détersifs, les paniers à linge, etc.

Tous ces endroits devraient être accessibles et utilisables par les résidants dont les capacités sont limitées, y compris ceux qui utilisent des fauteuils roulants.

À ces personnes on devrait fournir des machines à laver le linge et des sécheuses à ouverture frontale.

Les revêtements devraient être faciles à entretenir, les sols devraient être antidérapants.

Les espaces communs à utiliser pendant la journée

Dans les établissements où l'espace individuel en appartement est limité, des salons de séjour communs, convenables pour 10 ou 15 personnes, sont à recommander. Ils devraient satisfaire aux exigences fondamentales d'accessibilité et de décoration agréable et intime et devraient être meublés de façon à permettre des initiatives personnelles. Ces lieux devraient être voisins des centres d'activité et situés de façon à permettre de jouir de la vue sur l'extérieur. Une gamme d'endroits dispersés un peu partout et offrant une variété de dimensions, de vues, d'orientations par rapport au soleil, d'accès aux sièges disposés dehors, etc., est hautement souhaitable.

Entretien ménager et entretien général

De l'espace supplémentaire à l'usage du personnel d'entretien ménager pourrait devenir une nécessité. Cet espace est dévolu au matériel de nettoyage. Il devrait y avoir un évier. Il faudrait en outre un endroit où déposer le linge sale ou propre des résidants qui ne font pas leur lessive personnelle.

Il faudrait donc que cet espace puisse contenir des chariots, des étagères à linge, des produits d'entretien, du matériel de nettoyage, du linge sale et les rebuts.

8. Les endroits où les soins sont dispensés

Les endroits où sont dispensés les soins se divisent en deux catégories :

l'espace pour les soins personnels
l'espace pour les soins médicaux

Dans les établissements qui s'occupent essentiellement des résidants des type I et II, c'est l'espace dévolu aux soins personnels qui prédomine. La présence de résidants du type III ou d'une proportion notable de résidants du type II augmente significativement l'espace réservé aux soins médicaux.

Au stade des projets, on ne devrait pas omettre de tenir compte de ces exigences, et des conséquences qu'elles entraîneraient dans la dispensation des soins. On devrait tenir également compte des principes et des idées dont ces exigences dérivent.

Espace réservé aux soins personnels

On parle ailleurs dans cette partie des aires réservées au sommeil, aux repas, à la vie quotidienne.

Les soins dont il est question requièrent les facilités suivantes :

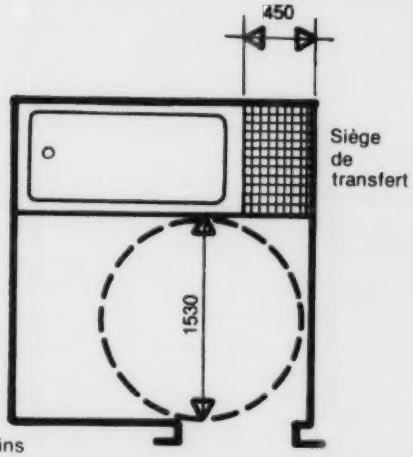
cabinets d'aisances et salles de bains avec aménagements spéciaux
aires d'exercices et d'activités
espaces réservés à la thérapie occupationnelle
salon de coiffure et de beauté
aires vouées aux soins infirmiers
cabinets de consultation
espaces à la disposition du personnel
entreposage de l'équipement spécialisé

Cabinets d'aisances et salles de bains avec aménagements spéciaux

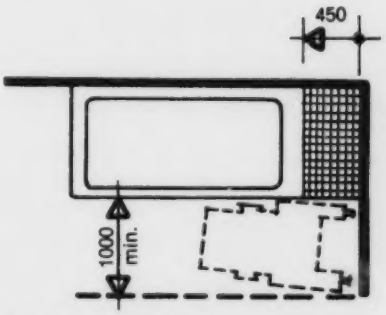
Les résidants qui ont besoin d'une aide pour se baigner peuvent aussi, selon leurs difficultés propres, nécessiter des solutions spéciales. Ces solutions sont énumérées ci-dessous. On pourrait en utiliser une telle quelle ou une combinaison de plusieurs d'entre elles.

- Une baignoire normale haute avec siège de transfert et barres d'appui à un bout afin de faciliter un bain partiellement assisté.

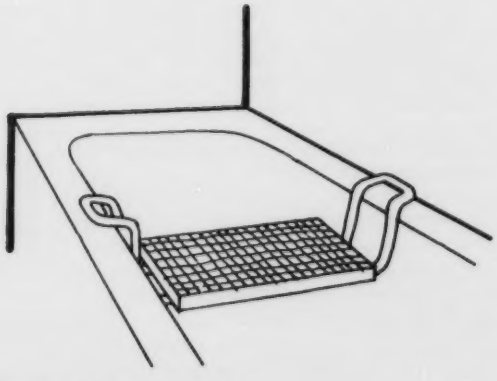
- Une baignoire spéciale ronde, avec siège de transfert mécanique, un treuil portatif ou un cric hydraulique à siège intégré.



Salle de bains

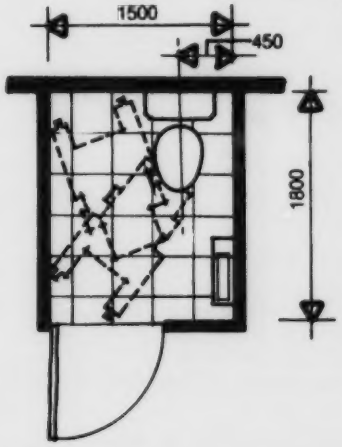


Siège de transfert intégré

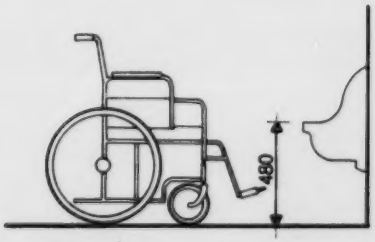


Siège de transfert amovible

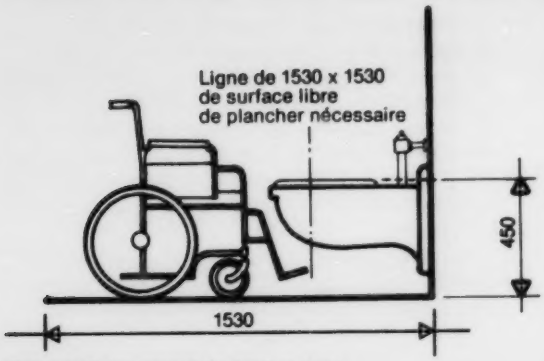
- Un appareillage intégré ou amovible pour la production de bain tourbillon, pour une ou plusieurs personnes.
- Une douche à tuyau flexible, utilisable en toutes positions ou tenue à la main, soit dans une cabine adaptée au fauteuil roulant, soit au-dessus d'une baignoire.
- Un thermostat automatique et réglage de la température sur l'arrivée d'eau.
- Des cabinets hauts ou sièges ajustables au niveau du transfert latéral ou frontal (voir page 75).



Petite cabine de w.-c. pour usagers de fauteuils roulants

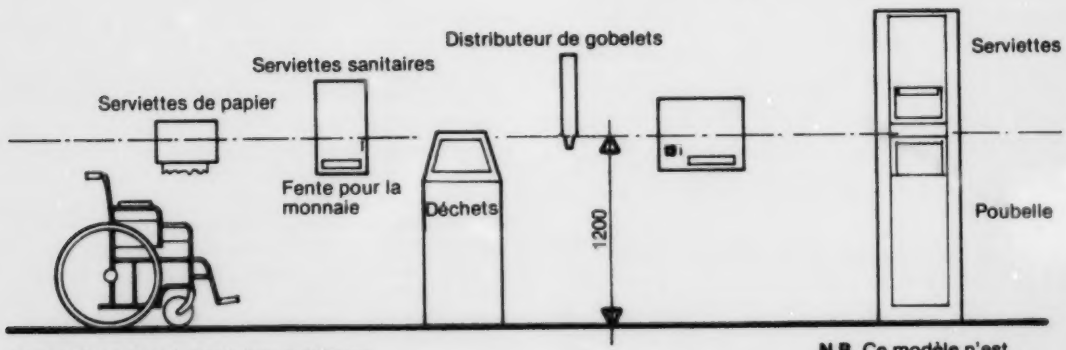


Urinoir et fauteuil roulant



Cabinet d'aisances et fauteuil roulant

- Des barres d'appui scellées ou appuis escamotables pour soutenir pendant qu'on est sur le siège, pour s'y poser ou pour se lever.
- Des lavabos faciles d'accès avec poignées de robinets de type levier ou aisées à manier, avec réglage de température, ainsi que des tuyaux d'écoulement et d'eau chaude isolés contre la chaleur (voir quatrième partie, Appareillage et accessoires, Robinets, page 74).
- Des miroirs, des étagères, des distributeurs de papier, serviettes, savon, etc., montés de façon à être à la portée des résidants qui peuvent marcher comme de ceux qui se déplacent en fauteuil roulant.
- Un système d'appel d'urgence pour les résidants qui ont besoin d'assistance.
- Un endroit où s'habiller et se dévêtir en privé.
- Un endroit pour s'asseoir en s'habillant, etc.
- Un endroit pour laisser ou déposer des articles d'habillement personnels, du linge, etc.
- Un sol antidérapant, même mouillé.
- Un réglage de la température ambiante ou du chauffage, selon les besoins du résidant.
- Une aération suffisante pour chasser vapeurs et odeurs sans occasionner ni courants d'air ni frissons (voir page 65).



Accessoires dans les toilettes publiques

N.B. Ce modèle n'est accepté que si un autre distributeur de serviettes est installé à 1 m de hauteur.

- Un revêtement facile à entretenir sur toutes les surfaces et installations.
- Un éclairage suffisant pour se baigner, se coiffer ou se raser, etc. et pour permettre de trouver facilement les commandes des divers appareils et les installations de sécurité.
- De l'espace pour faire tourner et pour garer un fauteuil roulant.

Aires d'activités et d'exercices
La grandeur de l'établissement, le niveau fonctionnel des résidants, leurs besoins forment les bases de l'aménagement d'espaces polyvalents ou voués à des activités spécifiques.

Aux activités normales de la vie quotidienne qui ont été énumérées au chapitre de l'hébergement (logement, repas, etc.), il faut ajouter d'autres activités qui sont également prévues. Ce sont celles qui se déroulent dans les aires d'exercices ou aux endroits réservés aux activités de groupe.

Dans les établissements offrant des soins de type I et II, on pourrait se contenter d'une physiothérapie occasionnelle, ou limitée dans le temps. Exercices et traitements pourraient avoir lieu dans la chambre du patient ou à un endroit «ad hoc» dans l'établissement.

Il faudrait de la place pour monter l'équipement d'exercices et pour l'entreposer quand il ne sert pas. Dans les établissements de soins élémentaires on utilise à ces fins des chambres à coucher, des salles de traitement, des pièces polyvalentes, des couloirs, etc.

Là où l'on pratique beaucoup d'exercices et où les services de physiothérapie sont très demandés, là où les résidants qui exigent des soins des types II et III sont en nombre important, la nécessité de locaux spécialement réservés aux exercices ne devrait même pas se discuter.

La thérapie occupationnelle
Elle devrait comprendre une grande diversité d'activités organisées et qui demandent de l'espace (violons d'Ingres, artisanat, apprentissage, etc.). Comme il faut que ces endroits puissent accueillir de l'équipement spécialisé, il serait bon d'évaluer ces besoins d'espace durant le stade des projets.

- Un résidant peut souhaiter travailler seul, en petit groupe, ou encore en compagnie d'un membre du personnel ou d'un bénévole.
- L'utilisation des aires polyvalentes pourrait être soumise à une grille horaire, de façon à répondre aux besoins d'une part et aux ressources disponibles, en personnel, par exemple, de l'autre.
- On devrait pouvoir subdiviser de grandes pièces afin de répondre aux besoins de petits groupes.
- Tous ces endroits devraient être d'accès et d'utilisation faciles, même pour les résidants affligés d'incapacités.
- L'équipement fixe ou transportable employé en thérapie occupationnelle exige un espace d'entreposage. Il en est de même pour les objets en cours de fabrication ou terminés.
- Il serait bon d'avoir un endroit pour exposer ces objets, ainsi qu'un tableau d'affichage.
- Il devrait y avoir, à proximité, des toilettes à l'usage des résidants.
- Il serait bon que le personnel ait un petit bureau d'où l'on pourrait observer les alentours.
- Le mobilier devrait être facile à entretenir et à déplacer.
- Les revêtements devraient être faciles à entretenir et fournir un stimulant visuel. Les surfaces de planchers devraient être résistantes et mates.
- Il faudrait un éclairage puissant mais facile à modifier selon les besoins.
- On devrait prévoir un nombre suffisant de prises de courant, installées de telle sorte qu'elles soient à la portée des résidants.
- Il serait bon de prévoir un évier avec plan de travail de chaque côté.

Le salon de beauté et de coiffure
Pour les hommes âgés aussi bien que pour les femmes, la coiffure, la barbe et le soin de sa personne sont des éléments importants du sentiment de bien-être. On devrait songer à trouver l'espace nécessaire pour satisfaire à ces besoins de toilette.

- C'est le nombre des résidants qui devrait faire décider s'il faut réserver des pièces spéciales pour cette utilisation. Néanmoins on recommande d'en réserver dans la mesure du possible.
- Dans un salon de beauté ou de coiffure il faudrait de la place pour le lavage, la coupe et le séchage des cheveux.
- Il faudrait suffisamment de place pour ceux qui attendent leur tour, qu'ils se déplacent par eux-mêmes ou en fauteuil roulant, et pour les membres du personnel qui les accompagnent.
- L'équipement et les fournitures devraient pouvoir être entreposés.
- L'éclairage devrait être approprié aux besoins.
- L'aération devrait être conçue de façon à dissiper rapidement les vapeurs et les odeurs.

Les soins infirmiers
Le bureau des infirmières et leur poste de travail sont généralement utilisés pour remplir des fiches, organiser la distribution des tâches, établir les grilles horaires aussi bien que pour assurer les communications, préparer la prise des médicaments et s'occuper d'administration générale. Beaucoup de ces besognes exigent la tranquillité, et tout particulièrement l'absence de bruit et de dérangement.

- On devrait trouver, dans les pièces réservées aux infirmières, une place convenable pour écrire et tenir le fichier, et un poste de communications.
- L'espace devrait permettre à au moins deux personnes de travailler assises.
- Là où se trouve un bureau réservé aux infirmières, on devrait s'assurer d'un espace suffisant pour trois personnes, avec tables et fichiers, pour répondre aux besoins des entrevues et de la formation.
- Les bureaux devraient être de préférence situés contre un mur extérieur. Cependant là où il ne s'en trouve qu'un, on devrait l'établir à proximité des endroits fréquentés par les résidants.
- Les postes de soins desservent généralement de 25 à 35 résidants, mais on peut les doubler pour desservir de 50 à 70 résidants. Ces postes devraient être placés de façon à n'imposer aux résidants qu'un déplacement raisonnable (de 33 à 45 mètres).
- Il faudrait, à proximité du poste, un endroit d'attente où l'on puisse s'asseoir.
- Il faudrait protéger des regards indiscrets l'intérieur des postes, qui devraient cependant être bien éclairés.
- Le système de fiches et diagrammes devrait être choisi dès le stade des projets.
- S'il y a un système d'appel central, on devrait fournir aux postes des soins les appareils qui s'y rattachent.
- La nuit, on devrait pouvoir établir des relais là où la garde n'est pas assurée dans tous les postes.
- Il serait bon de prévoir un local séparé pour la préparation des médicaments, avec un placard fermant à clé, un plan de travail et son évier, et un petit réfrigérateur. L'importance de ce local dépend de la clientèle et du type de soins.

Locaux de consultation
Il faudrait, pour les consultations, un ou plusieurs petits bureaux, suivant la grandeur de l'établissement et le type de soins qu'on y dispense.

- Les services de consultation les plus fréquents devraient comprendre l'assistance sociale, les conseils de psychologues, le ministère pastoral, etc.
- Ces locaux devraient être exigus pour ne réunir que trois ou quatre personnes au plus.
- Ils devraient être situés près des endroits de passage ou des bureaux administratifs.
- Ces locaux devraient, autant que possible, être polyvalents et il faudrait que les bénévoles, les scientifiques en visite puissent en disposer.
- Là où il faut plus d'un bureau, il serait bon d'offrir aux abords une aire d'attente avec des toilettes utilisables par le personnel, les visiteurs et les résidants.
- La décoration et le mobilier de ces bureaux devraient être sans prétention, offrant aux yeux un aspect simple et familier. Si c'est possible, ces locaux devraient avoir des fenêtres ouvrant sur l'extérieur ou une vue sur la circulation dans les couloirs.

Locaux des préposés aux soins personnels
Ce personnel pourrait avoir reçu quelques notions de médecine ou avoir été formé en d'autres domaines. Quelle que soit sa formation première, la qualité de sa participation à l'oeuvre de l'établissement est un élément crucial pour le succès des plans établis en vue des soins et des activités.

Dans certaines communautés, ce personnel doit souvent franchir une distance considérable pour se rendre au travail, passer de longues heures à des besognes ingrates ou se soumettre à un horaire peu agréable.

Il faudrait donc remonter le moral de ce personnel en lui procurant des locaux appropriés.

On devrait veiller, dans tous les établissements, à ce que le personnel ait à sa disposition :

des toilettes
un vestiaire
un ou des salons
une salle à manger
des salles de cours et de réunions
un stationnement réservé

Les normes qui concernent la plupart des endroits ci-dessus sont établies par les règlements locaux. Il est cependant rarement fait mention de principes de conception qui s'y rapportent.

- Les locaux de récréation, de repas et de repos devraient être adaptés à la conversation tranquille et aux relations amicales. Ils devraient être bien reconnaissables et, si possible, séparés de l'espace réservé aux résidants, afin de permettre un répit dans la besogne et la tension qu'elle cause.
- Les salons et salles à manger du personnel devrait être situés de façon à avoir vue sur l'extérieur, mais ne devraient pas gêner la circulation générale.
- Les vestiaires et toilettes devraient être partagés avec d'autres catégories de personnel mais on ne devrait pas les concentrer aux endroits les plus retirés de l'établissement.
- S'il existe des installations récréatives pour les résidants auxquelles le personnel peut s'intéresser, on devrait s'attacher à donner au personnel accès à ces installations sans toutefois gêner le déroulement des activités des résidants.
- Si l'effectif est nombreux, il est bon que certains locaux soient réservés à chaque sexe, avec des accès convenables aux lieux de travail.
- Le personnel de nuit devrait avoir accès à des repas ou des collations et pouvoir faire des pauses. S'il est suffisamment nombreux, on pourrait envisager l'installation de machines distributrices.

Entreposage de l'équipement spécial

Les établissements pour personnes âgées accumulent quantité d'équipements au fur et à mesure des années, particulièrement si le niveau des soins est avancé. On devrait donc prévoir dans les bâtiments des résidants de l'espace pour entreposer les auxiliaires (par exemple les chariots et fauteuils roulants), les civières, les tables de lit, les treuils, etc.

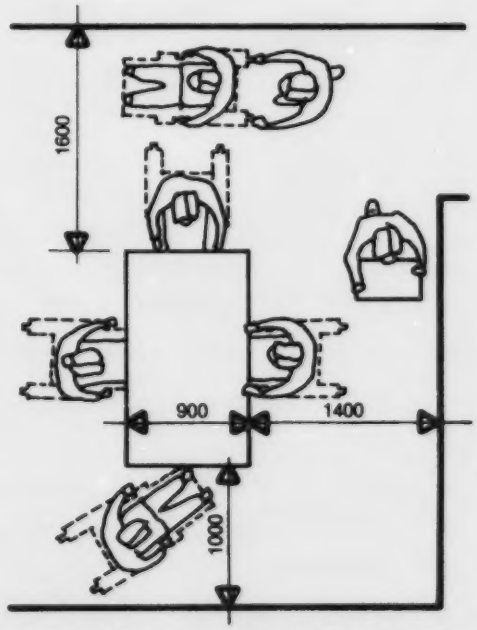
L'équipement spécialisé utilisé durant les traitements ou les thérapies devrait être entreposé près des endroits où l'on en fait usage.

Pourvu qu'un endroit lui soit réservé et puisse être verrouillé, le matériel qui n'est employé qu'à l'occasion, ou durant une saison particulière, devrait être entreposé dans les magasins.

9. Aires de repas

Il est préférable de n'avoir qu'une aire de repas centrale où l'on pourrait fournir le repas de tous les résidants qui peuvent se déplacer en un seul service.

- Les grands établissements pourraient choisir d'assurer deux services. Si tel est le cas, cependant, il faudrait procurer assez de places aux tables pour nourrir 60% des résidants au moins à la fois. Cela laisserait une certaine latitude pour le choix des heures de repas, pour les visiteurs, etc.
- On devrait conseiller aux résidants d'utiliser aussi souvent que possible les salles à manger communes.
- Il faudrait prévoir des salles à manger dans les locaux dévolus aux résidants pour ceux d'entre eux qui ne peuvent se déplacer.
- Certains résidants ont besoin de dispositions spéciales pour les repas. On devrait adapter en conséquence les lieux et le matériel des chambres où se trouvent des résidants qui ne peuvent manger sans aide.
- Des cuisines supplémentaires sont parfois nécessaires aux étages afin de procurer des repas aux résidants qui se déplacent difficilement. On devrait y adjoindre des endroits où prendre une collation et bavarder.



Espace nécessaire à la circulation dans la salle à manger

Les aires de repas principales devraient être accessibles à tous les résidants, y compris ceux qui se déplacent avec difficulté.

On devrait encourager les relations en groupant de façon variée les tables à deux, quatre ou six personnes.

La disposition du mobilier et de l'équipement devrait permettre diverses dispositions suivant les différents repas et suivant les occasions spéciales qui pourraient se présenter :

repas réguliers	anniversaires
fêtes fixes	banquets, etc.

Le service des repas pourrait varier et les salles à manger devraient s'y adapter; on peut distinguer :

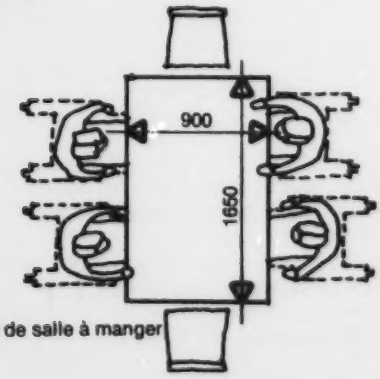
- le service où l'on se sert soi-même, genre cafétéria
- le service où l'on se sert soi-même mais avec de l'aide
- le service à table

Les repas pourraient être variés : ils pourraient être chauds ou froids; on pourrait mettre sur les tables les éléments servant à chaque repas du jour. La desserte et la mise en ordre des tables devraient être adaptées à ces usages.

Il faudrait que la conception des aires de repas permette aux résidants d'arriver en avance, de s'asseoir, de se livrer aux plaisirs de la conversation avant ou après les repas.

La disposition et le mobilier des salles à manger devraient être tels que les usagers de fauteuils roulants puissent s'en accommoder et être adaptés à une grande diversité de services de repas. Une partie des tables devrait être de dimensions modulaires de façon à pouvoir être rapprochées pour former une table plus grande ou plus longue. Les sièges devraient être très stables et capables de supporter le poids également réparti de personnes âgées ou handicapées pendant qu'elles s'asseoient ou changent de place.

Les revêtements des planchers des salles à manger devraient être choisis en fonction des exigences suivantes :



Tablée de salle à manger

apparence esthétique	facilité d'entretien
propriétés antidérapantes	confort
aspect mat	propriétés acoustiques

Il devrait être possible de diversifier l'éclairage des salles à manger pour répondre aux différentes sortes de services, aux occasions spéciales, au moment du jour où se prend le repas. L'éclairage devrait être le complément d'une source de lumière naturelle. Les plafonds devraient répondre aux exigences suivantes :

- Ils devraient s'adapter à différents dispositifs d'éclairage.
- Leur acoustique devrait absorber les bruits gênants, mais devrait permettre la conversation normale.
- L'éclairage ne devrait pas y produire de reflets éblouissants ni de forts contrastes de lumière et d'ombre.

Les dimensions des salles à manger devraient être telles que des groupes restreints ou nombreux de personnes s'y réunissent confortablement.

Les repas du personnel pourraient être servis dans la salle à manger principale ou dans un local distinct, mais proche. Si les salles à manger sont contiguës, il serait bon de les séparer par une cloison pour permettre aux équipes du personnel de manger à tour de rôle et pour donner un peu d'intimité au personnel durant les périodes de loisir.

Selon le nombre des résidants, il faudrait prévoir de la place pour des machines distributrices, particulièrement pour les collations et le café qu'on prend en dehors des heures de repas normales. La circulation devrait être libre autour de ces machines, qui devraient être d'accès aisé à tout moment pour tous les usagers éventuels, le personnel, les résidants et les visiteurs.

Les salles ou les parloirs des visiteurs devraient avoir à leur disposition ou inclure l'espace et les installations nécessaires à la préparation et au service de repas légers et de collations.

L'espace annexe aux aires de repas pourrait comprendre des installations à l'extérieur pour repas en plein air en été, collations, pique-niques et barbecues. On pourrait y accéder facilement depuis les salles à manger et les voies de circulation.

Les salles à manger devraient être aérées et chauffées de façon adéquate. Vides ou remplies de monde, elles devraient rester confortables. L'aération devrait être conçue de manière à éviter les courants d'air sur les aliments et sur les résidants.

Le service des repas devrait être planifié afin de s'ajuster convenablement aux bâtiments (par exemple les salles à manger et les cuisines), aux exigences administratives ou financières et aux degrés de capacité des résidants.

10. Les locaux ouverts au public

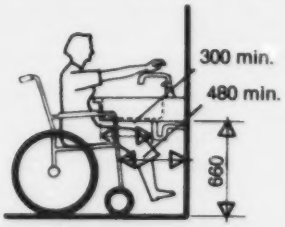
Les locaux et les activités destinés aux personnes âgées de l'extérieur et aux bénévoles, que ce soit la journée durant ou à des heures bien délimitées, font naître des rapports réciproques et peuvent bénéficier à tout le monde.

Ces locaux de rencontre avec le public devraient être les suivants :

un centre pour personnes âgées
un service de garde pour personnes âgées
une salle de réunions ou polyvalente
la bibliothèque
la chapelle
le salon de beauté et de coiffure
les services sociaux et récréatifs
la surveillance médicale (salles de traitement ou de soins et locaux administratifs)
la salle à manger principale
la boutique ou le casse-croûte
les salles d'artisanat
les ateliers et salles de thérapie occupationnelle
la salle de physiothérapie, le bain tourbillon, etc.
les endroits de plein air, balcons, terrasses, etc.
les grands salons
les parloirs
les salles où se donne la formation
les aires d'entreposage

Pour que ces lieux soient réellement disponibles et attirent les gens de l'extérieur, il faudrait un bon réseau de transports. Cet élément majeur devrait être pris en note dès le stade des projets.

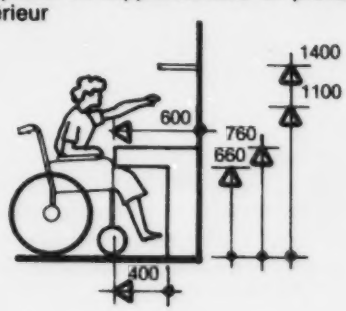
- Il serait souhaitable d'avoir une entrée séparée pour les grandes salles polyvalentes ou de réunion, avec accès de plain-pied depuis le stationnement et la descente de voiture.
- Il faudrait des toilettes et des vestiaires en suffisance à proximité des entrées, selon le nombre le plus élevé d'usagers auquel on s'attend.
- Il serait bon de prévoir une cuisine supplémentaire pour les collations et repas spéciaux.

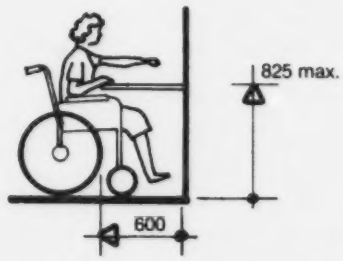


Fauteuil roulant près d'un évier

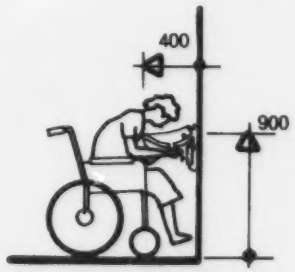
N.B. Les siphons d'éviers devraient être isolés s'ils sont situés dans l'espace où pénètrent les genoux; ou encore, la température de l'eau devrait être réduite pour éviter les brûlures.

- Il faudrait de l'espace pour le coordonnateur des relations avec le public et pour les tâches effectuées par les bénévoles.
- Il serait bon de prévoir de la place pour le personnel spécial ou supplémentaire en provenance de l'extérieur





Espace pour les genoux d'un usager en fauteuil roulant



Fontaine pour usagers de fauteuil roulant

- Il devrait y avoir des lieux d'entreposage pour les sièges et le matériel.
- On devrait établir, si possible, un réseau de communications à l'intérieur de l'établissement et avec le public.
- L'utilisation des locaux par le public devrait toujours se faire dans les limites prévues. Les résidants ne devraient pas avoir l'impression que leur espace personnel est envahi.

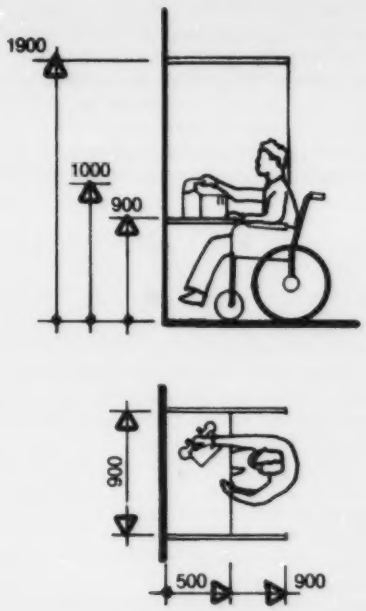
- Il serait bon d'avoir un endroit proche des activités de plein air pour y entreposer le mobilier et le matériel utilisés pendant la belle saison.
- Il faudrait s'efforcer de trouver une disposition des lieux qui permette aux résidants de se mêler aux activités ou de se retirer, s'ils le préfèrent, dans leur propre chez-soi.
- On devrait prendre bonne note de la diversité des activités qui peuvent être partagées par le public. Par exemple :
  - les activités de jour
  - les activités de la soirée
  - les activités du week-end
  - les activités occasionnelles
  - les activités saisonnières
- Pour faciliter la pratique de ces activités, l'établissement devrait fournir des systèmes souples de chauffage, d'éclairage et de communication qui puissent être utilisés à volonté. Il faudrait également songer à l'entretien ménager et général et à la surveillance de ces locaux.

11. L'administration générale

Il faudrait, pendant l'élaboration des projets, déterminer avec précision les besoins de l'administration. La grandeur et la complexité de l'établissement, les types de soins fournis, les ressources disponibles dans la communauté ou dans des établissements analogues sont les éléments dont il faudrait d'abord tenir compte.

Aux besognes administratives quotidiennes qui sont le lot du directeur et du personnel des bureaux, pourraient s'ajouter les préoccupations suivantes :

- l'information et la communication
- la reproduction et l'archivage de la documentation, etc.
- la publication de bulletins d'information, etc.
- la tenue d'archives centrales
- la garde des archives personnelles et des objets de valeur des résidants
- la comptabilité et la présentation régulière des bilans
- la correspondance
- la réception et l'envoi de colis pour les résidants
- les vêtements envoyés chez le teinturier et les achats de vêtements des résidants
- les chèques envoyés aux résidants et la gestion de leurs revenus
- les réunions du personnel, du conseil d'administration, des bénévoles
- les entretiens avec le personnel, les résidants, les scientifiques en visite et le personnel en provenance de l'extérieur
- l'inspection des toilettes et des vestiaires du personnel et des visiteurs
- le service des salles d'attente pour résidants ou visiteurs
- l'usage des téléphones publics



Téléphone public pour usagers de fauteuil roulant.
N.B. Les téléphones muraux doivent avoir le centre du cadran d'appel à 1200 mm du sol.

Les locaux administratifs sont souvent situés près de l'entrée, spécialement dans les petits établissements. Bien qu'on puisse souhaiter de trouver une place à l'écart pour certaines des fonctions ci-dessus, on devrait assurer de meilleures relations de communication en concentrant ces locaux. Il faudrait cependant considérer comme très importantes les exigences d'expansion des locaux administratifs, exigences qui ne sont que la conséquence inéluctable de l'accumulation des archives et des documents comptables.

- Des projets nouveaux destinés au public, les services de soins à domicile, la collaboration des bénévoles, etc., pèseront sur l'espace accordé à l'administration. On devrait prévoir la nécessité de fournir des bureaux particuliers
  - au directeur adjoint
  - au directeur des activités
  - au responsable du placement
  - au comptable
  - au médecin ou au directeur médical
  - au directeur des soins personnels et infirmiers
  - au coordonnateur des bénévoles et des relations avec le public
- Il n'est pas nécessaire d'assigner un bureau particulier à chacune des fonctions. Ces bureaux pourraient être partagés. On devrait cependant tenir compte du rôle et des fonctions de chacun des responsables pour leur procurer l'espace nécessaire à leurs travaux et à leur matériel.

12. La cuisine centrale

C'est la tâche de la cuisine centrale que de fournir toute la gamme des repas, des régimes alimentaires spéciaux et des collations variées aux résidants et au personnel. L'importance de la cuisine et de ses annexes, comme les offices et les garde-manger, devrait dépendre des services directs ou indirects qu'elle sera appelée à fournir à la communauté.

On devrait concevoir les cuisines assez grandes pour remplir les fonctions qui suivent :

entreposage des aliments en vrac
entreposage des aliments au froid, des laitages et des légumes
entreposage des aliments congelés, des viandes, etc.
entreposage des aliments secs ou déshydratés
préparation des aliments
tâches accessoires de cuisine
cuisson des aliments
nettoyage du matériel de cuisine
nettoyage de la vaisselle
nettoyage des chariots
rangement des chariots
préparation des régimes alimentaires spéciaux
service des repas
maintien des plats à la chaleur
entreposage du matériel supplémentaire comme les batteurs, les machines à trancher, les grille-pain, les épluceuses, les percolateurs, les distributrices de lait, etc.

- La taille, la forme et l'organisation de la cuisine devraient résulter d'une analyse des services alimentaires à fournir. On devrait donc préciser, durant l'élaboration du projet, le nombre et les variétés de repas à servir, le nombre des services, le courant général de la circulation dans les bâtiments, etc.
- Les cuisines, dans les établissements qui desservent 50 personnes ou plus, devraient comprendre un petit bureau pour la personne chargée d'inspecter les aliments ou de la diététique.
- On devrait veiller à assurer la souplesse de la distribution des repas, soit en masse, dans le genre cafétéria, soit par des serveurs ou serveuses, ou encore au moyen de chariots et de plateaux aux endroits éloignés.
- Si des services de repas sont fournis au public, on devrait prévoir un accès direct aux salles à manger, avec l'espace nécessaire pour l'arrivée et le départ en voiture.
- On devrait prévoir de la place pour les chariots et la vaisselle à nettoyer.
- On devrait prévoir assez de place pour la circulation des chariots partout où ils pourraient être utilisés.
- La laverie devrait être conçue de façon à réduire le plus possible le bruit qui pourrait parvenir aux salles à manger ou ailleurs.
- L'aération de la cuisine, de ses ateliers et magasins, devrait être adéquate.
- La cuisine et les annexes devraient, de préférence, être situées contre un mur avec des fenêtres donnant sur l'extérieur.
- Les revêtements des sols, des murs et des surfaces de travail devraient être choisis en fonction de la facilité d'entretien et de leurs qualités hygiéniques.
- Les sols devraient être antidérapants, même si l'on répand dessus des liquides ou de la graisse. Il faudrait pouvoir les nettoyer à grande eau qui devrait être évacuée facilement.
- La fourniture de marchandises en vrac aux cuisines et à leurs magasins devrait être organisée de façon à assurer la surveillance et le contrôle.
- Les locaux d'entreposage devraient être équipés d'étagères modulaires, amovibles et d'entretien facile.
- L'accès des magasins, chambres froides, etc., devrait être de plain-pied.
- Les toilettes et les vestiaires du personnel des cuisines devraient servir aux deux sexes.
- L'importance des locaux où s'entassent les rebuts devrait être appropriée à la grandeur de l'établissement et à la fréquence du passage des éboueurs. Ces locaux devraient être bien aérés et être dotés d'un bon système d'évacuation des eaux. Si les ordures doivent être gardées plus de trois jours, il faudrait alors que le local soit bien isolé et réfrigéré.
- Le sol et les murs des dépôts d'ordures devraient être faciles à entretenir et résistants à l'humidité.
- On ne devrait pas oublier les installations nécessaires au nettoyage des dépôts d'ordures et des poubelles.
- Le ramassage des ordures devrait se faire de préférence par accès direct aux bâtiments de service.
- Il devrait y avoir non loin un placard à balais pour le nettoyage des lieux.

13. La buanderie centrale

Il serait bon d'avoir une buanderie centrale dans l'établissement, pour les draps de lit, le linge des résidants, les blouses, etc., là où l'on ne peut trouver en ville une blanchisserie satisfaisante.

- L'importance de la buanderie devrait être déterminée pendant l'élaboration du projet afin d'être en mesure de remplir son office.
- On devrait décider de même du type de lingerie qui sera mis à la disposition des résidants.
- Le linge de couchage, etc., devrait être choisi parmi les matériels offerts par le commerce.
- Le linge souillé, certains vêtements, etc., pourraient exiger des manipulations spéciales comme le triage, le pré-rinçage, etc.
- Le pliage et l'entreposage du linge propre sur les chariots ou les étagères devraient se faire dans un local séparé de celui du linge sale.
- La buanderie devrait être bien aérée et avoir des revêtements faciles à entretenir.
- La puissance de l'éclairage devrait être appropriée aux tâches à accomplir.
- On devrait veiller à l'aspect que la buanderie offre à la vue, spécialement si elle est utilisée plusieurs heures par jour.
- Si des services de buanderie sont fournis à l'extérieur, on devrait prévoir des accès aisés pour les chariots et les paquets encombrants qu'on doit transporter depuis les entrées de service.
- Afin d'éviter les pertes, les articles neufs ou propres, ceux qu'on n'emploie que durant une saison, etc., devraient être entreposés sous clé.

14. L'entretien ménager

Dans la plupart des établissements, l'entretien ménager est une fonction indépendante qui exige réflexion durant l'élaboration du projet. On devrait prévoir de la place pour :

les produits de nettoyage
les articles en papier et l'entreposage en quantités
le rangement ancillaire de fournitures
le matériel de nettoyage (vadrouilles, aspirateurs, brosses électriques, etc.)
l'atelier ou le bureau
la salle de nettoyage

Là où les tâches d'entretien ménager sont combinées avec celles de l'entretien général et des concierges, comme c'est souvent le cas dans les petits établissements, on devrait concevoir les installations à ces fins combinées.

Les fonctions de l'entretien ménager devraient être précisées durant l'élaboration du projet. Elles pourraient comprendre :

- le nettoyage général, durant le jour, des chambres des résidants et de leurs alentours;
- le nettoyage général, durant le jour, des aires d'activités et des aires communes;
- le nettoyage général, durant le jour, des locaux de l'administration;
- le nettoyage général des lieux spécialisés (cuisine, buanderie, etc.);
- le nettoyage saisonnier des locaux énumérés ci-dessus, y compris le remplacement des tentures et du mobilier, etc.;
- l'entreposage et la réparation des tentures si nécessaire et du mobilier.

Il faudrait prévoir l'espace nécessaire à l'accomplissement de ces tâches et pour tenir l'inventaire des fournitures utilisées par l'établissement.

La responsabilité de l'achat et de la réception de ces fournitures devrait être précisée durant l'élaboration du projet. Cela comprend :

les fournitures destinées à l'entretien ménager;
les fournitures exigées par les régimes alimentaires spéciaux;
les fournitures destinées à l'entretien général;
les fournitures médicales;
les fournitures destinées à l'administration;
les fournitures destinées aux activités des résidants.

Les locaux de l'entretien ménager devraient être situés dans un endroit propre, bien éclairé, approprié aux fonctions décrites plus haut. Ces locaux devraient avoir des accès vers toutes les parties de l'immeuble, y compris les annexes de l'entretien ménager et les locaux de l'administration et des communications.

15. L'entretien général

L'entretien général concerne les bâtiments et les terrains. On devrait passer en revue les tâches qui suivent :

- l'entretien du terrain et des jardins
- les travaux de concierge, en général
- l'entretien de la chaufferie
- l'entretien du matériel électrique
- l'entretien du matériel mécanique
- l'entretien et la réparation du matériel spécialisé
- l'entretien et la réparation du mobilier et des installations
- l'entretien des parterres
- la peinture et la réparation des surfaces extérieures et intérieures
- le ramassage et l'évacuation des ordures

Les locaux affectés à ces fonctions sont :

- la chaufferie et la pièce des installations électriques
- la chambre des ventilateurs (salle des équipements mécaniques)
- le magasin central des concierges
- le bureau de l'entretien
- les ateliers du bois et du métal
- le dépôt du matériel et du mobilier
- le garage
- le dépôt du matériel employé à l'extérieur

Le personnel de l'entretien est habituellement distinct de celui qui dispense les soins, mais dans les petits établissements le personnel est appelé à diverses besognes et ses fonctions sont alors multiples. Ce personnel exige les mêmes égards que les autres employés, c'est-à-dire des toilettes, des vestiaires, des salons de repos, des services de repas, des locaux pour la commande des fournitures, leur réception et l'entreposage des marchandises, des ordures, du matériel, etc.

On devrait déterminer l'endroit où placer les locaux de l'entretien en établissant le plan général. Il faudrait prévoir des accès commodes à toutes les parties des bâtiments et des terrains, y compris les réseaux de circulation verticale et horizontale.

Il serait bon de prévoir une entrée de service aménagée pour la réception des marchandises en vrac et le ramassage des ordures.

Il serait important que cette entrée de service soit d'accès commode.

Le réseau des communications devrait spécialement relier la réception des marchandises, l'administration centrale, l'entretien ménager, la buanderie et la cuisine au réseau extérieur.

Il faudrait que les locaux de l'entretien soient appropriés, bien éclairés, bien chauffés et bien aérés.

Les locaux en rapport avec les activités de plein air devraient être accessibles de l'intérieur comme de l'extérieur. Ils ne devraient pas être situés trop loin et devraient avoir des dimensions qui répondent aux exigences de l'entreposage et de l'entretien.

On devrait veiller à fournir des accès commodes aux équipements fixes mécaniques ou d'électricité afin de permettre leur entretien régulier.

16. Les livraisons

Les voies d'accès aux bâtiments dépendent fortement des contraintes imposées par le terrain. L'emplacement des entrées de service devrait être déterminé dès l'élaboration du projet. On devrait prendre bonne note des éléments suivants :

- livraison de marchandises en vrac pour la cuisine, etc.
- livraison de mobilier
- livraison de matériel
- livraison et ramassage de fournitures d'entretien
- livraison de colis
- livraison et ramassage de blanchisserie et teinturerie
- livraison de fournitures médicales
- livraison de fournitures de bureau
- ramassage des ordures
- accès pour les pompiers en cas d'incendie
- circulation de véhicules (autocars, camionnettes, véhicules spécialisés)
- circulation et stationnement des véhicules du personnel (camionnettes, familiales)
- accès au garage
- accès des ambulances et des corbillards
- véhicules de transport en commun
- circulation et stationnement des véhicules des visiteurs et des bénévoles
- emplacement des quais de chargement et de l'aire réservée aux véhicules de service

circulation des véhicules de service et autres, et circulation des piétons
vents dominants, porteurs de neige ou de pluie
accumulation et enlèvement de la neige
pente des allées et des trottoirs, etc.
emplacement des bouches d'égouts
emplacement de l'éclairage extérieur, des plantations, des panneaux indicateurs, des aires extérieures de repos ou d'activité, etc.

Si le terrain est assez spacieux, on devrait s'efforcer de séparer la circulation des véhicules de service des voies d'accès réservées aux résidants et aux visiteurs, et, tout spécialement, aux piétons.

L'emplacement choisi pour les entrées de service, les quais de chargement, etc., devrait correspondre à la disposition des locaux intérieurs et des points d'accès principaux.

Les aires de livraison devraient être protégées des éléments, particulièrement des neiges et des pluies chassées par le vent.

On devrait assurer la bonne évacuation des eaux de tous les pavages. Les pentes devraient être adaptées à la taille et au poids des véhicules de service.

Les aires de livraison devraient être bien éclairées, de même que les voies d'accès réservées au personnel.

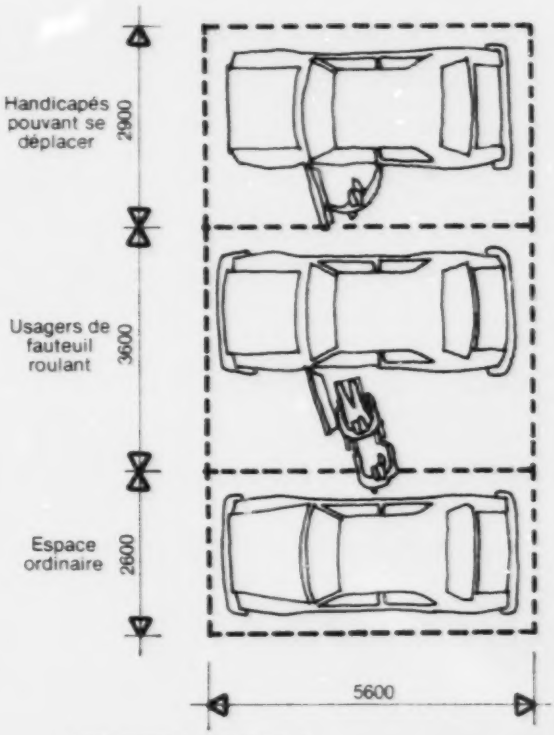
Les quais de chargement devraient être conçus pour deux véhicules dont l'un pourrait être une semi-remorque.

La hauteur des quais de chargement et de leurs butoirs devrait être adaptée à toutes sortes de véhicules à chargement par l'arrière ou le côté.

Un endroit de stationnement temporaire devrait être prévu pour les livraisons postales, les camionnettes commerciales, etc.; cet endroit devrait être proche de l'entrée, mais situé de façon à ne pas gêner la circulation.

Les autocars ou camionnettes spécialisées dans le transport des handicapés devraient avoir leur propre point de chargement et leur propre stationnement. Ces endroits devraient être protégés des éléments.

Les panneaux indicateurs devraient être bien lisibles pour tous les usagers, de jour comme de nuit.



Stationnement des voitures

Accessibilité

Certains détails de conception devraient être examinés pour éviter que des obstacles viennent encombrer l'immeuble. Les principaux éléments à considérer sont groupés dans les tableaux suivants :

Tableau A: Accessibilité extérieure

Elements extérieurs* à considérer	Handicaps physiques								
	Fragilité/ Endurance	Difficulté de marcher	Marche avec auxiliaires	Fauteuil roulant	Handicap manuel	Handicap visuel	Handicap auditif	Pertes sensorielles	Perte du sens de l'orientation
Surfaces pavées	o	o	o	o		o		o	
Surfaces naturelles	o	o	o	o		o		o	
Bordures de trottoirs		o	o	o		o		o	
Carrefours			o	o		o	o	o	o
Obstacle au sol	o	o	o	o		o		o	
Obstacle vertical				o		o		o	
Rampes	o	o	o	o	o	o		o	
Escaliers	o	o		o	o	o		o	
Mains courantes	o	o		o	o	o		o	
Clôtures					o	o		o	o
Zones de débarquement		o	o	o		o		o	
Aire de stationnement		o	o	o		o		o	o
Zones d'attente	o	o	o	o		o	o	o	o
Bancs et sièges	o	o	o			o		o	
Zones de récréation			o	o		o		o	o
Plantations			o	o		o		o	
Éclairage		o	o			o		o	
Panneaux				o		o	o	o	o
Fontaines	o		o	o	o	o		o	

*Les notions de conception retenues peuvent satisfaire à chacune de ces exigences d'accessibilité.

Tableau B: Accessibilité intérieure

Éléments intérieurs à considérer	Handicaps physiques								
	Fragilité/ Endurance	Difficulté de marcher	Marche avec auxiliaires	Fauteuil roulant	Handicap manuel	Handicap visuel	Handicap auditif	Pertes sensorielles	Perte du sens de l'orientation
Circulation horizontale	o	o	o	o		o			o
Circulation verticale	o	o	o	o	o	o		o	o
Revêtement des sols	o	o	o	o		o			o
Revêtement des murs			o	o	o	o		o	o
Aires de séjour		o	o	o	o	o			
Salles à manger		o	o	o		o			
Locaux de récréation	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Salles de bains	o	o	o	o	o	o		o	
Toilettes		o	o	o	o	o		o	
Cuisines	o	o	o	o	o	o		o	
Locaux d'entreposage	o	o	o	o	o	o			o
Sorties	o	o	o	o	o	o			o
Obstacles verticaux		o	o	o		o			o
Carrefours			o	o		o			o
Fenêtres	o			o	o				o
Portes	o	o	o	o	o				o
Acoustique						o	o	o	o
Éclairage						o		o	o
Chauffage	o							o	
Réglage de l'humidité ambiante	o							o	
Climatisation	o	o						o	
Température de l'eau	o				o			o	
Alarme d'incendie	o					o	o	o	o
Réseaux de communications	o			o	o	o	o	o	o
Annonces publiques par haut-parleurs						o	o	o	o
Information						o	o	o	o
Panneaux				o		o	o	o	o

Les critères d'aménagement du terrain

L'emplacement

L'emplacement d'un établissement pour personnes âgées, quel que soit leur état de santé, devrait être choisi au sein d'une communauté urbaine bourdonnante d'activité. On devrait s'assurer de la présence de moyens de transport en commun à l'usage des résidants, du personnel et des visiteurs, afin de permettre la multiplication des rapports réciproques entre la population du centre d'hébergement et celle de la ville.

La plupart des résidants devraient chercher à continuer de participer au déroulement de la vie urbaine et familiale, en allant à l'église, en fréquentant des clubs, en faisant leurs emplettes et en visitant leurs amis et leur famille.

Il faudrait tenir un compte scrupuleux des distances à franchir, par tous les temps, par les résidants âgés, soit à pied, soit au moyen des transports en commun.

Les relations avec le voisinage

Il faudrait choisir l'emplacement en tenant compte du voisinage. L'intérêt suscité aux premiers stades de l'élaboration d'un projet devrait souvent assurer la persistance de la participation du public et devrait éliminer la méfiance qu'on éprouve d'ordinaire envers «les hospices». Les bénévoles devraient jouer un rôle important dans l'intégration d'un établissement pour personnes âgées à la vie d'une communauté urbaine.

La circulation des véhicules

La circulation des véhicules devrait être nettement distincte de celle des piétons. La circulation des véhicules comprend :

- les voitures du personnel
- les voitures des visiteurs
- les voitures de livraison (marchandises en vrac et petits colis)
- les bennes de ramassage des ordures
- le matériel de déneigement
- les voitures de pompiers
- les taxis
- les véhicules pour handicapés
- les autocars, camionnettes ou automobiles à l'usage des résidants

Il faudrait ajouter aux allées de passage des ronds-points pour les manoeuvres ou les virages, ainsi que des aires de stationnement et d'embarquement.

Selon le climat de la région, on devrait veiller à laisser la place nécessaire à l'enlèvement de la neige.

Les surfaces de circulation devraient être conçues de manière à permettre un bon écoulement des eaux, sans inonder les chemins réservés aux piétons et sans laisser stagner des flaques qui gèlent en hiver. Les pentes devraient être douces et, là où se révèlent des difficultés particulières, on devrait utiliser des serpentins de chauffage ou autres dispositifs pour assurer la sécurité des accès en toute saison.

Il faudrait, près des entrées, aménager des endroits plus élargis pour les voitures des résidants handicapés qui devront pouvoir en descendre, stationner aisément et gagner l'entrée par une voie piétonnière dépourvue d'obstacles.

L'aménagement paysager

Le terrain situé à l'extérieur des bâtiments devrait être aménagé de façon à permettre toutes sortes d'activités de plein air, individuelles ou en groupes. Les plantations, les arbres, les bassins, les bancs, devraient être conçus pour l'usage des personnes âgées et devraient être, en conséquence, facilement accessibles et proches de l'immeuble.

Un bon aménagement paysager crée pour les yeux des spectacles toujours changeants selon les saisons, en utilisant les ressources offertes par les arbustes à fleurs, les plantes vivaces et les arbres.

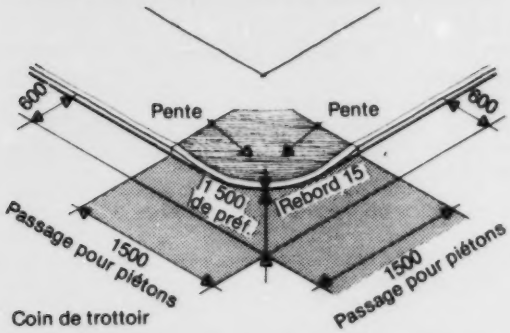
Les endroits protégés du soleil et du vent devraient être munis de sièges pour s'y arrêter à volonté. Ces endroits devraient offrir une vue sur le trafic urbain et sur l'entrée principale ainsi que sur d'autres lieux.

On devrait édifier en plein air des constructions légères à usage récréatif pour encourager la pratique des jeux, des barbecues, des pique-niques, etc.

Dans les agglomérations urbaines, il faudrait assurer la protection des résidants contre les intrusions désagréables dans les endroits de plein air. L'emploi judicieux de clôtures, d'écrans et de plantations, la connaissance des us et coutumes du quartier, devraient aider à fournir l'intimité et la sécurité nécessaires.

L'accessibilité
Il faudrait prévoir des accès pour les véhicules des pompiers. Ils pourraient être établis, sans rien déranger, en augmentant la largeur des chemins piétonniers dans l'aménagement paysager.

Les différences de niveau dues à la pente du terrain ou créées artificiellement dans le paysage, ne devraient pas empêcher les résidants âgés de circuler. Des rampes et des trottoirs en pente douce devraient s'adapter aux changements de niveau.



Coin de trottoir

Il faudrait s'attendre à ce que l'extérieur soit fréquenté le soir ou la nuit. On devrait donc prévoir un éclairage adéquat pour assurer la visibilité et la sécurité dans les lieux de passage. Il serait bon de songer à un éclairage qui rehausse l'aspect nocturne des environs.

Les abords de l'emplacement devraient avoir des accès adaptés au trafic dans les rues et sur les routes qui y mènent. Des panneaux indicateurs à l'entrée, près des allées et des stationnements devraient pouvoir aider les usagers à entrer et sortir en toute sécurité.

Le retrait des bâtiments sur le terrain, les exigences de zonage et celles des services devraient être clairement établies durant l'élaboration du projet. On devrait prévoir, si possible, les agrandissements qui puissent répondre aux développements et aux modifications de l'avenir.

Si l'on ajoute une aile aux bâtiments, ou si l'on annexe un établissement jouxtant le premier, on devrait prendre soin d'assurer la communication de plain-pied des étages, trottoirs, etc.

Analyse de l'emplacement
Les emplacements anciens ou nouveaux devraient être soumis à un arpentage qui puisse fournir les informations les plus exactes concernant les limites cadastrales, les dénivellations, les services existants, les plantations et les arbres ainsi que tout élément spécial qui puisse influencer les plans des constructions nouvelles.

L'orientation de l'emplacement devrait exercer une influence majeure sur la solution finale. On devrait prendre soin de s'assurer que l'emplacement ne présente aucun problème insoluble en raison des vents, des pluies ou de la neige et qu'il est possible d'aménager les logements et les autres locaux pour profiter du soleil durant la plus grande partie de l'année.

Les emplacements qui jouissent d'un beau panorama méritent qu'on s'y arrête et, s'ils satisfont à toutes les autres exigences, ils peuvent être particulièrement avantageux. Mais ils ne devraient jamais être choisis uniquement pour cette raison.

Certains emplacements sont confrontés à des problèmes spécifiques résultant du bruit et de la circulation à l'extérieur. Une analyse soigneuse de ces inconvénients devrait permettre d'arriver à une solution satisfaisante.

L'aspect financier de l'achat d'un terrain peut devenir crucial puisque le montant de ce prix affecte fortement le prix unitaire de l'établissement. Des frais occasionnés par le terrassement ou la mauvaise qualité du sol pourraient alors s'ajouter dans certains cas aux investissements nécessaires et il faudrait les prendre en compte.

Proximité

L'organisation des diverses composantes d'un établissement pour personnes âgées devrait être déterminée après l'évaluation des rapports qu'on souhaite voir s'établir entre elles. Le programme de fonctionnement permettra d'identifier certaines préférences de voisinage; d'autres seront déterminées au fur et à mesure de l'évolution de la conception.

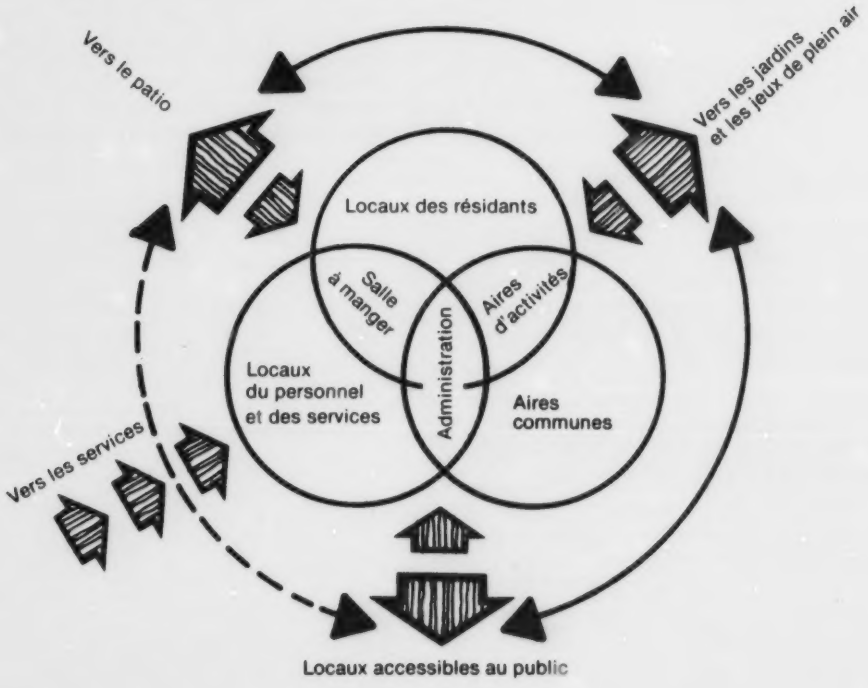
Un programme architectural de rénovation ou de construction devrait adopter la hiérarchie suivante des valeurs pour établir les priorités :

- l'affinité entre les éléments qui permettent le déroulement efficace de la vie quotidienne (par exemple, la distance à franchir et la structure de la circulation);
- la proximité des services par rapport aux aires d'activité (par exemple, la cuisine et les aires de repas);
- la composition du personnel, c'est-à-dire le recrutement des personnes chargées de tâches d'importance variée.

On pourrait diviser un établissement pour personnes âgées en la série suivante d'unités fonctionnelles dont les rapports mutuels pourraient être bien discernés et ordonnés :

À l'intérieur :
les logements des résidants
les locaux destinés aux activités des résidants
les endroits réservés à la vie en commun des résidants
les locaux destinés aux soins
les locaux administratifs
les locaux réservés au personnel
les locaux de l'entretien ménager et général
les cuisines
les lieux d'entreposage
le réseau de circulation intérieure

À l'extérieur :
l'accueil des résidants et des visiteurs
les entrées de service
les allées de circulation
les aires réservées à la récréation des résidants
les endroits réservés à des utilisations spécifiques
les aménagements paysagers



Considérations esthétiques

Ce sont des idées valables pour la construction de casernes qui dominaient autrefois la conception d'un projet architectural destiné à abriter beaucoup de gens sous un même toit. La taille d'un immeuble, les matériaux dont il était construit, dérivaient de ces idées.

À l'échelle humaine

Les principes qui régissent actuellement la conception d'une habitation pour personnes âgées exigent que les solutions adoptent le caractère et l'échelle des quartiers résidentiels dans lesquels on les construit.

Le contexte

Il faudrait tenir compte, dans le processus de conception, du caractère urbain ou rural de l'environnement ainsi que de la dimension du terrain et de son rapport avec les services du voisinage.

On devrait s'adapter aux caractéristiques du climat et du sol de la région de même qu'à ses particularités architecturales.

Les matériaux

Les matériaux de construction, à l'intérieur comme à l'extérieur, la finition, la conception des locaux et l'aménagement paysager, tout indique aux yeux des résidants comme à ceux des visiteurs que l'établissement est une maison ou un casernement. Les matériaux et les finis devraient être choisis pour faire bonne impression et avec le souci de la durée et de l'entretien.

Pour un établissement conçu en vue d'être agrandi, on devrait utiliser des matériaux dont on pourra trouver les analogues ou les compléments après plusieurs années.

Le rôle de l'architecte

L'architecte peut servir les résidants d'un établissement pour personnes âgées, ou exercer sur eux son pouvoir, par la manipulation à son gré exclusif de l'environnement bâti. Il lui faut donc être sensible à la gamme des activités dont un immeuble est le théâtre, à la nature de ses usagers et à l'importance que ce bâtiment pourrait revêtir au sein d'une communauté urbaine.

On devrait veiller à fournir aux résidants âgés l'espace, les stimulants visuels, les locaux appropriés à leur mode de vie. Les critères administratifs ou médicaux devraient passer après ceux qu'on vient d'énoncer.

Le rôle du parrainage

Le désir que peut avoir de s'affirmer une communauté urbaine ou un groupe de parrainage ne doit jamais donner prétexte à la création d'un monument architectural inadapté et inadaptable à ses usagers, les personnes âgées.

Si les finances le permettent, c'est un avantage que de s'attacher les services d'un directeur d'établissement dès le début d'un projet. Parrains et architectes pourraient ainsi bénéficier de son expérience. Les principes qui devraient gouverner la vie de l'établissement devraient être clairement définis et on devrait chercher à atteindre, entre les parties, un consensus sur les objectifs.

Exigences spatiales

Les symboles utilisés dans ce tableau doivent s'interpréter comme suit :

- **Recommandé comme extrêmement utile.**
- **Optionnel, c'est-à-dire recommandable en certains cas. Les exigences varient selon la conception arrêtée et les autres solutions choisies pour répondre aux besoins.**
- **— Non essentiel, c'est-à-dire que l'absence de cet élément ne gêne pas le fonctionnement de l'établissement.**

Les besoins d'espace à l'intérieur des centres d'hébergement et pensions surveillées pour personnes âgées

	Centres d'hébergement Nombre de résidants				Pensions surveillées Nombre de résidants		
	1 à 30	30-75	75-150	150-200	1 à 50	50-100	100-200
Zones résidentielles							
Chambres à coucher	•	•	•	•	•	•	•
Espace diurne principal	•	•	•	•	•	•	•
Aires de repos secondaires	◦	•	•	•	◦	•	•
Cuisinette (dans l'appartement)	—	—	—	—	◦	◦	◦
Toilettes, 2 éléments (dans l'appartement)	•	•	•	•	◦	◦	◦
Toilettes, 3 éléments (dans l'appartement)	—	—	•	•	•	•	•
Douche pour fauteuil roulant	•	•	•	•	—	•	•
Salle(s) de bains	◦	◦	•	•	◦	◦	◦
Buanderie pour les résidants	◦	•	•	•	•	•	•
Couloirs	•	•	•	•	•	•	•
Zones d'activités							
Salon(s)	•	•	•	•	•	•	•
Salons de télévision	◦	•	•	•	◦	•	•
Salle des visiteurs	—	◦	•	•	◦	•	•
Cuisinette commune	•	•	•	•	•	•	•
Chapelle	—	•	•	•	—	—	◦
Ateliers d'artisanat	—	•	•	•	◦	•	•
Salle de jeux	—	•	•	•	◦	•	•
Salle de thérapie occupationnelle	—	•	•	•	—	◦	•
Salle de réunions	—	—	◦	◦	—	—	◦
Salle(s) polyvalente(s)	•	•	•	•	•	•	•
Centre de l'âge d'or	—	—	◦	•	—	◦	•
Sauna avec vestiaire	—	—	◦	•	—	◦	•
Serre ou jardin d'hiver	—	—	◦	•	—	—	◦
Salon de musique	—	—	◦	◦	—	—	◦
Bibliothèque	—	◦	•	•	◦	•	•
Salon de beauté	—	◦	•	•	—	◦	•
Salon de coiffure pour hommes	—	◦	•	•	—	◦	•
Casse-croûte, boutique	—	•	•	•	—	◦	•
Piscine	—	—	—	◦	—	◦	◦
Zones de services et d'entretien ménager							
Cuisine centrale	•	•	•	•	•	•	•
Salle à manger centrale	•	•	•	•	•	•	•
Salle(s) à manger supplémentaire(s)	—	◦	•	•	—	◦	•
Entreposage en vrac (cuisine)	•	•	•	•	•	•	•
Garde-manger (cuisine)	•	•	•	•	•	•	•
Buanderie centrale	◦	◦	•	•	◦	•	•
Lingerie	•	•	•	•	•	•	•

(Suite du tableau à la page suivante.)

	Centres d'hébergement Nombre de résidants				Pensions surveillées Nombre de résidants		
	1 à 30	30-75	75-150	150-200	1 à 50	50-100	100-200
Bureau et atelier de l'entretien ménager	•	•	•	•	•	•	•
Entreposage pour entretien ménager	◦	•	•	•	◦	•	•
Rangement du matériel à l'usage du concierge	•	•	•	•	•	•	•
Entreposage général	•	•	•	•	•	•	•
Zones administratives							
Bureau du directeur	•	•	•	•	•	•	•
Secrétariat général	•	•	•	•	•	•	•
Entreposage affecté à l'administration	•	•	•	•	•	•	•
Aire d'attente	•	•	•	•	•	•	•
Bureau des infirmières	•	•	•	•	•	•	•
Salle à manger du personnel	—	◦	•	•	—	◦	◦
Salon du personnel	•	•	•	•	•	•	•
Toilettes et vestiaires du personnel	•	•	•	•	•	•	•
Toilettes des visiteurs	•	•	•	•	•	•	•
Vestiaire des visiteurs	◦	•	•	•	◦	•	•
Réception	•	•	•	•	•	•	•
Antichambre et aire d'attente	•	•	•	•	•	•	•
Formation du personnel	—	◦	•	•	—	◦	◦
Locaux des bénévoles	—	◦	•	•	—	◦	•
Ateliers et entrepôts							
Garage	—	◦	•	•	—	◦	◦
Entreposage à l'extérieur	•	•	•	•	•	•	•
Entreposage des bagages	◦	•	•	•	◦	•	•
Entreposage de vêtements selon la saison	•	•	•	•	◦	◦	•
Entreposage de mobilier	◦	•	•	•	◦	•	•
Dépôt à ordures	•	•	•	•	•	•	•
Nettoyage des chariots et poubelles	◦	•	•	•	◦	•	•
Chaufferie et salle des machines	•	•	•	•	•	•	•
Pièce des installations électriques	•	•	•	•	•	•	•
Atelier	—	◦	•	•	◦	•	•
Quai de chargement et réception des marchandises	◦	•	•	•	◦	•	•
Zones de soins et de traitement							
Salle de bains centrale	•	•	•	•	—	•	•
Bain thérapeutique, bain tourbillon	◦	◦	◦	•	—	◦	◦
Infirmerie	◦	•	•	•	◦	•	•
Poste des infirmières	◦	◦	•	•	◦	◦	◦
Bureau des infirmières	•	•	•	•	•	•	•
Préparation des médicaments	•	•	•	•	•	•	•
Dépôt des médicaments (sous clé)	•	•	•	•	•	•	•
Salle d'examen et de traitement	◦	◦	◦	•	—	◦	◦
Cabinet des médecins	•	•	•	•	◦	◦	•
Morgue	—	—	◦	◦	—	—	◦
Bureau des spécialistes	—	◦	•	•	—	◦	◦
Douche spéciale pour fauteuil roulant	◦	•	•	•	◦	•	•
Chambre isolée du bruit et du mouvement	◦	◦	•	•	—	◦	•
Zone de physiothérapie	—	◦	•	•	—	◦	◦
Service de garde	—	—	◦	•	—	—	◦

• Recommandé ◦ Optionnel — Non essentiel

Espaces extérieurs
Centres d'hébergement et pensions surveillées pour personnes âgées

	Centres d'hébergement Nombre de résidants				Pensions surveillées Nombre de résidants		
	1 à 30	30-75	75-150	150-200	1 à 50	50-100	100-200
Patios particuliers	—	◦	◦	•	◦	•	•
Balcons et toits-terrasses	◦	◦	•	•	◦	•	•
Patios communs	•	•	•	•	•	•	•
Aménagement paysager	•	•	•	•	•	•	•
Réseau de circulation à pied	◦	•	•	•	◦	•	•
Endroits pour s'asseoir	•	•	•	•	•	•	•
Zones de récréation	◦	•	•	•	•	•	•
Jardin des résidants	◦	•	•	•	•	•	•
Stationnement des résidants	—	—	—	◦	◦	•	•
Stationnement des visiteurs	•	•	•	•	•	•	•
Stationnement des autocars	◦	◦	•	•	◦	◦	•
Zone de débarquement	•	•	•	•	◦	•	•
Stationnement du personnel	•	•	•	•	•	•	•
Réception des colis	•	•	•	•	•	•	•

• Recommandé ◦ Optionnel — Non essentiel

Détails concernant la répartition spatiale

Suggestions pour la répartition
En dressant la liste des locaux à répartir, on devrait prendre soin de vérifier les informations fournies ici en les comparant avec les exigences spécifiques venant de la région ou d'ailleurs.

Dans les tableaux qui suivent, les locaux considérés comme optionnels pour les établissements fournissant des soins personnels sont marqués d'un astérisque. Les locaux destinés uniquement aux soins, et ainsi distingués des locaux résidentiels, sont énumérés dans la deuxième partie.

Le concept de pension surveillée, dans ces lignes directrices, couvre des établissements contenant des appartements pour célibataires, avec cuisine et salle de bains, et des chambres à coucher individuelles avec salle de bains commune.

Les centres d'hébergement comportent de nombreuses variantes, selon le type des soins prodigués et le nombre des résidants.

Zones de soins et de traitements **	**Surfaces nettes recommandées Mètres carrés**	
Pour 30 à 150 personnes	**30**	**150**
Salle(s) de bains centrale(s)	8.4	2 @ 8.4
*Bain thérapeutique, bain tourbillon	*	*2 @ 10.0
Infirmerie (minimum 1 lit pour 50 usagers)	10.0	32.5
Postes des infirmières	*	*3 @ 10.0
*Bureau des infirmières dans l'aile des résidants	*	*8.4
Préparation et entreposage des médicaments	*	3 @ 5.6
Salle d'examen et de traitement	*	11.0
Cabinet du médecin	*	8.4
*Chambre isolée du bruit et du mouvement	*10.0	10.0
Morgue	S.O.	*11.0
*Bureaux des spécialistes	*8.4	*8.4 ch.
Douche pour fauteuil roulant (1 pour 50 résidants)	3.3	3 @ 3.3
Salle de physiothérapie	*	30.0

**N.B. Ces locaux de soins et de traitement sont surtout destinés aux soins de types II et III. On devrait analyser les besoins durant l'élaboration des projets.

*Optionnel, mais recommandé quand les lieux et le budget s'y prêtent.

Zones d'activités communes aux résidants et au public **	**Surfaces nettes recommandées Mètres carrés**	
Pour 30 à 150 personnes	**30**	**150**
*Toilettes des visiteurs (établissements de plus de 50 résidants)	*2.8	*5.6
Vestiaire des visiteurs	*2	2.8
*Entrée séparée et salle d'attente		*14.0
Bureau des bénévoles	8.4	16.8
*Salle de réunions (1,2 m^2 par personne)	*	*180.0
*Centre de l'âge d'or (1,4 m^2 par personne)	*	*186.0
*Clinique de jour (2 m^2 par personne)	*	*
*Dépanneur	*	*28.0
*Cuisinette pour le centre de l'âge d'or ou la salle de réunions	*	*14.0
*Entreposage du matériel	*	*10.0
*Entreposage des sièges	*	*10.0
*Piscine et cabines (pour piscine de 12 m x 7,5 m approx.)	S.O.	*280.0

*Optionnel, mais recommandé quand les lieux et le budget s'y prêtent.

**Il faut augmenter la surface des toilettes et des vestiaires pour les visiteurs si une clinique de jour, un centre de l'âge d'or ou une salle de réunions sont inclus dans les projets.

Zones des activités des résidants	Surfaces nettes recommandées Mètres carrés	
Pour 30 à 150 personnes	**30**	**150**
Salon(s) de télévision		28.0
Salle des visiteurs	10.0	14.0
*Chapelle	S.O.	*46.0
Salle de jeux	S.O.	28.0
Atelier d'artisanat	S.O.	28.0
Salle de thérapie occupationnelle	S.O.	28.0
**Salle(s) à manger centrale(s) (1,4 m^2 par personne approx.)	42.0	210.0
*Salle d'exercice ***	*14.0	S.O.
Bibliothèque	10.0	24.0
Salle(s) polyvalente(s) (1,12 m^2 par personne approx.)	*34.0	180.0
Salle de réunions des résidants	S.O.	18.0
Salon de beauté	S.O.	14.0
Salon de coiffure pour hommes	S.O.	14.0
Casse-croûte, boutique	6.0	14.0
Entrepôt général (sièges et matériel)	10.0	18.0
*Serre ou jardin d'hiver	S.O.	*
*Sauna et vestiaire	S.O.	*
*Salon de musique	S.O.	*

* Espace ou aménagement additionnels si l'espace et les moyens financiers le permettent.

** Les salles à manger centrales devraient de préférence n'offrir qu'un service. Les grands établissements offrent habituellement deux services.

*** La salle d'exercice n'est pas indispensable s'il y a une salle de physiothérapie.

Ailes des résidants - Espaces supplémentaires	Surfaces nettes recommandées Mètres carrés	
Pour 30 à 150 personnes	**30**	**150**
*Salle des visiteurs ou parloir	*11.0	16.0
Buanderie commune pour 10 à 15 résidants	*10.0	10.0
Buanderie commune pour 15 à 30 résidants	*12.0	12.0
Lingerie de l'aile des résidants (15 à 30 résidants)	5.6	28.0 (Total)
Salle à tout faire (15 à 30 résidants)	5.6	28.0 (Total)
Pièce(s) du concierge	3.0	14.0 (Total)
Poste de garde (30 résidants du type I)	10.0	30.00 (Total)
**Préparation et entreposage des médicaments (30 résidants)	3.3	16.0 (Total)
*Buanderie pour résidants, 1 laveuse, 1 sécheuse, plan de travail	6,5 m^2 largeur minimum 2,3 m	
*Buanderie pour résidants, 2 laveuses, 2 sécheuses, plan de travail	10 m^2 largeur minimum 2,3 m	
Couloirs publics (types I et II)	largeur 1,7 m	
Couloirs publics (type III)**	largeur 2,3 m	
Repas pris dans l'aile des résidants (sur une base de 1,5 m^2 par personne)	Selon les besoins	

*Optionnel, mais recommandé quand les lieux et le budget s'y prêtent.

**Nécessaire pour les résidants des types II et III.

Administration et personnel	Surfaces nettes recommandées Mètres carrés	
Pour 30 à 150 personnes	**30**	**150**
Bureau du directeur	11.0	13.0
Secrétariat général	11.0	20.0
Réception	S.O.	7.0
**Salle de réunion (conseil d'administration ou personnel)	*14.0	*20.0
Entreposage de documents (y compris la chambre forte)	7.0	14.0
Salle d'attente	2.4	4.8
Bureau des infirmières	10.0	10.0
*Bureau du directeur des activités	S.O.	*10.0
*Bureaux polyvalents et pour entrevues	*10.0	*2 @ 10.0
Salle à manger du personnel	S.O.	1.3 pers.
Salon(s) du personnel	S.O.	20.0
Vestiaires du personnel	Selon les besoins	
Toilettes du personnel	Selon les besoins	
Toilettes des visiteurs	3.3	6.5
Vestiaires des visiteurs	1.5 m lin.	3.0 m lin.
Vestibule de l'entrée principale	10.0	28.0
*Formation du personnel	S.O.	*

*Optionnel, mais recommandé quand les lieux et le budget s'y prêtent.
**Nécessaire pour les résidants des types II et III.

Entretien ménager, salle des machines, etc.	Surfaces nettes recommandées Mètres carrés	
Pour 30 à 150 personnes	**30**	**150**
Bureau et atelier de l'entretien ménager	11.0	16.0
Bureau et atelier du concierge	7.0	18.0
Atelier d'entretien général	S.O.	18.0
Cuisine centrale, y compris le garde-manger, les réfrigérateurs, la vaisselle, etc.	56.0	168.0
Entreposage en vrac (cuisine)	S.O.	24.0
Dépôt à ordures (selon le ramassage)	7.0 min	14.0
Nettoyage des chariots et poubelles	3.3	5.6
*Buanderie	*28.0	*56.0
Lingerie (réserve de linge propre)	16.0	46.0
Lingerie (linge sale, selon le blanchissage)	7.0	12.0
Entreposage des vêtements de saison	7.0	28.0
Entreposage en vrac (en général)	18.0	24.0
*Entreposage des malles	*11.0	*28.0
*Entreposage du mobilier	*28.0	*28.0
Quai de chargement et réception des marchandises	7.5	18.0
*Garage	*	*18.0
Entreposage à l'extérieur	10.0	14.0
Pièce pour installations électriques et salles des machines (à déterminer selon chaque projet)		

*Optionnel, mais recommandé quand les lieux et le budget s'y prêtent.

Ailes des résidants	**Surfaces nettes recommandées**
Pour établissements d'importance diverse	**Mètres carrés**
Chambre pour une personne (sans compter les placards)	10.0, dim. min. 2.9
Chambre à deux lits (sans compter les placards)	16.8, dim. min. 2.9
*Salle à plusieurs lits (surface par personne)**	*8.4, dim. min. 2.9
Placards dans la chambre (par personne)	0.6 x 1.8 m min.
Toilettes, 2 éléments, 1 personne (pouvant se déplacer)	2.4
Toilettes, 2 éléments, usage partagé (personnes pouvant se déplacer)	2.8
Toilettes, 2 éléments, fauteuil roulant et un membre du personnel	3.8, dim. min. 1.8 m
Toilettes communes, cabinets d'aisances et lavabos	3.5 par cabinet d'aisances et lavabo, dim. min. 3.0 m
Salle de bains commune, baignoires ou douches (1 à 15 résidants)	3.3
Toilettes, 3 éléments avec baignoire (usager pouvant se déplacer)	3.4, dim. min. 1.5 m
Toilettes, 3 éléments avec baignoire (usager en fauteuil roulant)	5.2, dim. min. 2.0 m
Toilettes, 3 éléments avec douche (usager pouvant se déplacer)	4.4
Toilettes, 3 éléments avec douche (usager en fauteuil roulant)	5.2, dim. min. 2.3 m
Séjour, 1 personne (studio)	11.0, dim. min. 3.0 m
Séjour, 2 personnes	14.0, dim. min. 3.0 m
*Séjour-salle à manger (studio)	*15.0, dim. min. 2.3 m
*Séjour-salle à manger, 2 personnes	*16.8, dim. min. 2.3 m
1 unité d'hébergement (studio) avec espace pour lit (sans cuisine et salle de bains)	17.65, dim. min. 2.3 m
*Débarras du résidant (dans l'appartement)	*2.6
*Débarras du résidant, entreposage en vrac (extérieur de l'unité)	*0.6
*Séjour pour 5 à 10 personnes	*18.0
*Salon pour 10 à 15 personnes	*28.0
*Grands salons	*1.4-1.8 m/rés.
*Niche de cuisine (studio)	*4.2
*Cuisine séparée (accessible)	*5.6
*Cuisine d'étage, partagée par 10 à 15 résidants	*10.0
*Niche de cuisine, près d'un salon	*4.2
Vestibule, dans l'appartement	min. 1.0 m large
Couloirs, dans l'appartement (adapté aux handicapés)	2.4, dim. min. 1.53 m

*Optionnel, mais recommandé quand les lieux et le budget s'y prêtent.

**Salle pour 4 personnes au maximum (non recommandé).

N.B. On devrait analyser les besoins durant l'élaboration des projets. Le choix des éléments optionnels devrait être fonction du nombre de résidants par type de soins et de la proportion entre les divers types de soins.
Sauf indication contraire, les dimensions recommandées des chambres sont adaptées aux résidants handicapés circulant en fauteuils roulants.

Repères pour évaluer la surface brute

Il est difficile d'établir, et encore plus de suivre, une série de repères valables pour l'ensemble du Canada ou même seulement d'une province. Chaque communauté urbaine, chaque groupe de résidants qu'il faut soigner, chaque emplacement présente des exigences spécifiques auxquelles il faut trouver des réponses tout aussi spécifiques.

Nous avons relevé cependant quelques tendances nationales qui sont ici décrites pour servir de repères.[1]

Les centres d'hébergement

Il est probable que, dans un avenir assez proche, les centres d'hébergement auront à prodiguer des soins des trois types. La proportion des résidants du type III devrait demeurer de l'ordre de 25 à 30% pour éviter que l'établissement devienne la proie des problèmes de soins, ce qui se réfléterait dans les frais d'investissement et de fonctionnement.

La tendance qui pousse à augmenter la proportion des chambres à un seul occupant par rapport à celle des chambres à deux lits s'affirmera probablement de plus en plus et conduira à la disparition des salles communes. On devrait offrir des logements en quantité telle qu'ils soient à la portée de 60% des candidats aux chambres particulières.

Il serait préférable de constituer des groupements de 10 à 15 chambres particulières à proximité des salons.

Les toilettes des résidants devraient être contiguës à leurs chambres. Ces toilettes devraient avoir deux ou occasionnellement trois éléments, ce qui diminuerait la tendance à utiliser les toilettes communes. Une solution généralement bien reçue est celle de toilettes à deux éléments, partagées par les occupants de deux chambres particulières. Il serait préférable d'installer des toilettes directement communicantes avec les chambres à deux lits.

Dans les chambres à coucher, l'espace libre devrait répondre aux normes minimales, mais on devrait fournir de la place supplémentaire pour les vêtements et les objets personnels des résidants. C'est le résidant lui-même qui, fréquemment, sera appelé à meubler sa chambre, à l'exception peut-être du lit.

La largeur des couloirs, dans les ailes réservées aux résidants pourrait varier selon le type des soins fournis. Cette circonstance affecte la surface brute et particulièrement le rapport surface brute / surface nette quand les couloirs sont pris en compte dans la surface brute.

L'espace accessoire à l'usage des résidants pourrait dépendre de leur nombre, des locaux fournis, des programmes offerts et du répertoire des soins. Toutes ces variables affectent le calcul de la surface brute.

Dans les établissements qui desservent 75 résidants ou plus, on peut économiser sur la taille du bâtiment une fois que le rapport de l'espace accessoire à l'espace résidentiel est établi.

La gamme des services offerts aux résidants en provenance de la communauté urbaine pourrait affecter les besoins de locaux pour le personnel et les activités.

Il faudrait donc prendre soin d'arriver, en établissant les plans généraux, à un rapport surface brute / surface nette qui soit raisonnable, eu égard à la grandeur et à la complexité de l'établissement et aux besoins à satisfaire.

Dans les petits établissements, le facteur brut pourrait être d'environ 30%. Si toutefois on ajoute d'autres éléments ou si des contraintes d'emplacement ou autres doivent être surmontées, ce facteur peut s'élever à 45%.

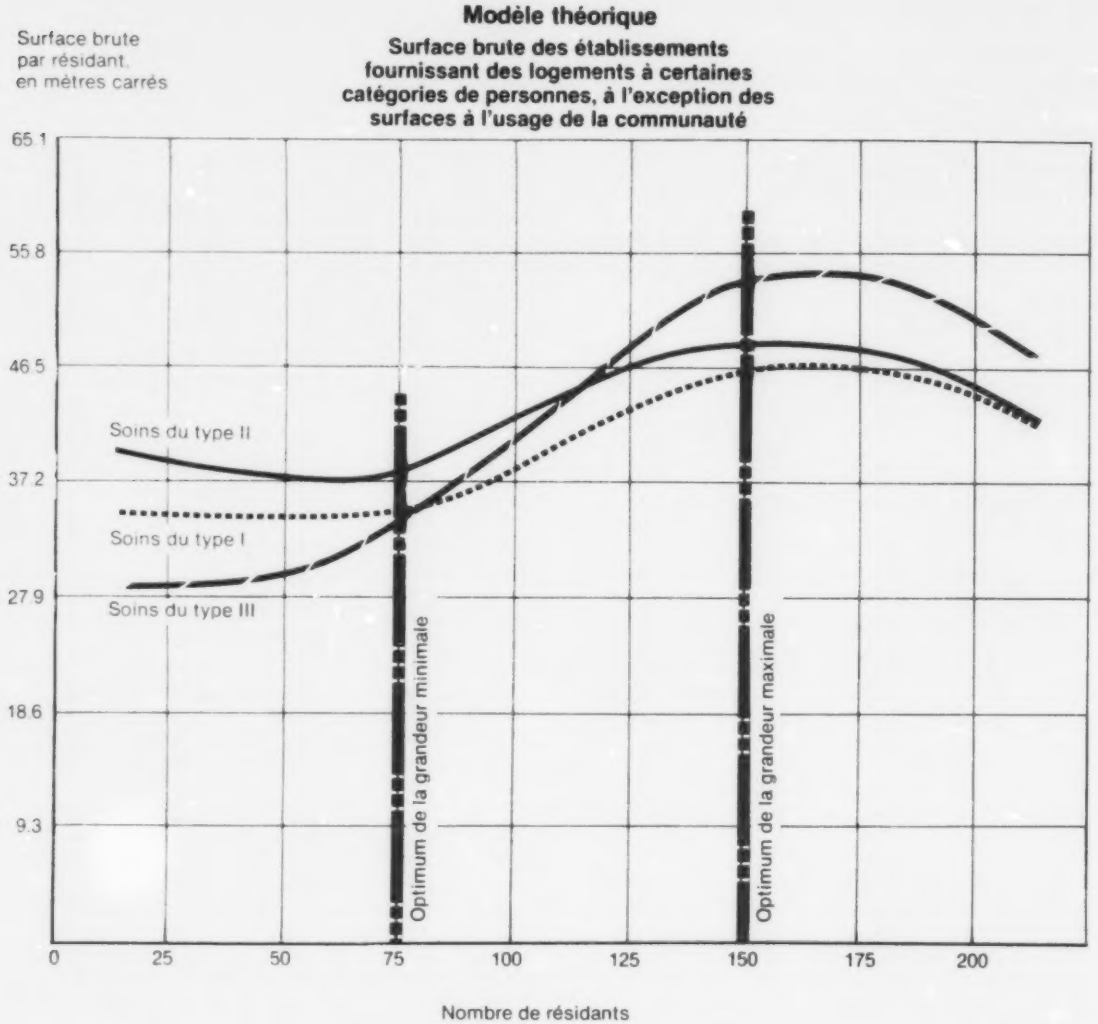
Pour arriver à un facteur brut aussi exact que possible, toutes les aires de circulation intérieure, les cloisons, les murs extérieurs, les conduites, les gaînes, la chaufferie, les belvédères, devraient être mesurés selon une méthode éprouvée et admise comme norme de calcul.[2] Leur somme pourrait enfin être comparée à la surface brute totale et à la surface nette utilisable aux fins d'établir le facteur brut exprimé selon un pourcentage.

[1] Voir deuxième partie, l'élément résidentiel d'un établissement, page 12.

[2] On pourrait s'inspirer de *Mesurage des surfaces pour établissements de santé - Norme nationale*, publié par Santé et Bien-être social Canada, 1977.

Modèle théorique

Surface brute des établissements fournissant des logements à certaines catégories de personnes, à l'exception des surfaces à l'usage de la communauté



Ce tableau tient compte des suppositions suivantes :

a) L'établissement comporte une forte proportion de chambres particulières.

b) Les programmes et les services sont au niveau le plus favorable.

c) Les appartements individuels (avec salle de bains, cuisine, etc.) n'entrent pas en ligne de compte.

N.B. Le graphique a été établi d'après des statistiques générales concernant les établissements financés par la SCHL.

Critères détaillés d'aménagement du terrain

Distances recommandées pour les courses en ville

Étant donnés un réseau adéquat de voies piétonnières, une topographie franchissable et une protection suffisante contre les dangers de la circulation, on suggère de s'inspirer des distances à franchir à pied qu'on trouvera ci-dessous :

Buts	Distance (approx.)	Distance en mètres
Épicerie	2 à 3 coins de rue	250-365
Arrêt d'autobus	1 à 2 coins de rue	120-250
Église		400-800
Pharmacie	3 coins de rue	365
Clinique ou hôpital		400-800
Banque	3 coins de rue	400
Centre communautaire	3 coins de rue	365
Bibliothèque		1600

Sentiers piétons et trottoirs

Voir le Code national du bâtiment 1977, supplément no 5.

N.B. : On recommande de donner aux sentiers principaux qui vont de l'entrée au stationnement une largeur de 1,67 m de façon à permettre à deux fauteuils roulants de se croiser sans difficulté.

Les revêtements devraient être antidérapants. La largeur des joints de pavement ne devrait pas excéder 15 mm.

Le gravillon des surfaces à agrégats vifs devrait être du calibre de 10 mm au maximum.

Les raccords avec le réseau routier devraient se faire par des dépressions dans les trottoirs. La dénivellation à la base de la rampe ne devrait pas être supérieure à 15 mm.

La pente maximum d'un sentier ne devrait pas excéder 1/20.

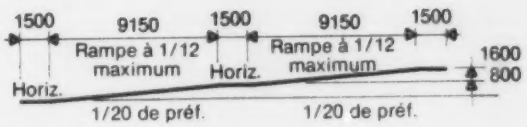
Les sentiers de plus de 35 m de longueur devraient être pourvus de sièges, à accoudoirs et à dossier, de place en place sur un côté du sentier, en gardant un espace libre de 500 mm entre chaque banc et le sentier.

Rampes et escaliers

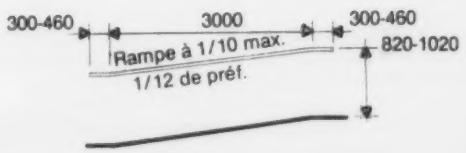
Si la dénivellation exige l'aménagement de marches, il ne devrait pas y en avoir moins de trois. La montée totale d'une volée ne devrait pas dépasser 2,5 m. Les escaliers ne devraient pas avoir plus d'un mètre de large et devraient être munis de mains courantes des deux côtés. Le nez des girons devrait être bien visible et les contremarches comme les girons, devraient être conçus pour les personnes qui marchent avec difficulté. On déconseille les escaliers sans contremarches et les girons suspendus.

Aux brusques dénivellations qui exigent des marches, on devrait y adjoindre des rampes ou les remplacer par des rampes. Ces rampes devraient avoir une pente maximum de 1/12 et une longueur maximum de 9 m. Dans le cas d'une rampe plus longue, il faudrait aménager des paliers de 1,5 m de place en place. Les rampes devraient être assez larges pour donner passage à un fauteuil roulant, mais non pas au point de ne pouvoir utiliser pour s'en aider les mains courantes de chacun des côtés.

La largeur d'une rampe devrait être de 1 m, avec mains courantes de chaque côté.



Rampes longues



Rampes courtes

Si l'on s'attend à une forte circulation de fauteuils roulants, on pourrait construire des rampes plus larges (1,7 m). On conseille néanmoins de ne pas dépasser 5 m de long.

La transition entre les extrémités supérieure et inférieure de la rampe et les surfaces planes devrait se faire graduellement, sans comporter d'irrégularités dans le revêtement.

On devrait placer des mains courantes permettant une prise ferme, même pour des mains affaiblies, des deux côtés de toutes les rampes.

Chaque rampe devrait comporter un rebord ou un garde-fou pour empêcher les fauteuils roulants de glisser par-dessus bord.

Les principales rampes d'accès devraient être éclairées, ainsi que les escaliers, afin d'assurer la sécurité des trajets de nuit. L'éclairage devrait souligner les changements de niveau et de direction. Les appareils d'éclairage devraient être disposés de façon à ne pas former une série d'obstacles sur le trajet.

Les rampes et les escaliers devraient être débarrassés de la neige et de la glace.

Les espaces de stationnement

On devrait prévoir, près des principaux points d'entrée, un espace de stationnement suffisant pour les véhicules des résidants handicapés.

Un espace de stationnement pour handicapé devrait avoir 3,6 m de large. (Voir la troisième partie, les Considérations architecturales, les livraisons, pages 46-47).

Le trajet qui mène à ces espaces de stationnement devrait être protégé des dangers de la circulation d'autres véhicules.

Les chauffe-moteurs ne devraient pas créer d'obstacle sur ce trajet.

Les dénivellations entre les espaces de stationnement et les sentiers piétons devraient être réduites au minimum ou bien l'on devrait aménager des bordures de trottoirs en pente aux points d'accès.

Les espaces de stationnement réservés aux handicapés devraient être signalés par des panneaux appropriés et être bien éclairés.

Les allées carrossables

Des autocars et des camionnettes spécialement aménagés sont fréquemment utilisés par les résidants. Il faudrait donc que les allées carrossables menant aux entrées principales et de service aient une largeur qui permette le croisement de deux véhicules.

La zone d'embarquement des passagers devrait être suffisamment grande pour qu'on y charge ou décharge deux autocars à la fois.

On recommande un trottoir en pente continue, ou de plain-pied, dans l'aire d'embarquement et de débarquement afin de desservir toutes sortes de véhicules publics et privés, chacun à son point d'arrêt.

La zone de débarquement devrait être protégée de la pluie et du vent, si c'est possible, et être clairement signalée.

La distance qui la sépare de l'entrée principale devrait être aussi réduite que possible.

Il serait bon de disposer aux environs quelques sièges pour les passagers en attente.

D'une façon générale, les allées carrossables devraient être en pente douce, et être bien distinguées des voies piétonnes en évitant de les établir sur le même plan ou en différenciant les revêtements. On pourrait tracer des lignes à la peinture, mais il ne faudrait pas abuser de ce procédé.

L'emplacement et la conception des poteaux d'éclairage, des panneaux indicateurs, des couvercles de trous d'homme, des bouches d'égout devraient être choisis de façon à ne constituer aucun danger pour la circulation des véhicules ou des piétons, particulièrement des handicapés.

On devrait exécuter les terrassements et l'aménagement paysager en fonction de l'écoulement des eaux de pluie et de fonte des neiges. Un terrain en gradins peut exiger des murs de soutènement ou d'autres dispositifs pour assurer une protection adéquate des sentiers piétons et des allées carrossables.

Au début et à la fin de l'élaboration des projets on devrait s'occuper du déblaiement de la neige, car il faudrait laisser une place suffisante aux manoeuvres des machines et des camions qui font ce travail.

Les trottoirs, les butoirs, les bancs, les panneaux, les appareils d'éclairage devraient être placés loin des zones d'enlèvement de la neige.

L'entrée de la réception des marchandises devrait être conçue de façon à assurer l'écoulement rapide des eaux de surface et la protection contre les éléments.

Aménagement paysager du terrain

L'aménagement paysager de l'extérieur devrait fournir non seulement une vue agréable mais aussi de l'espace utilisable pour les loisirs en plein air.

Des plantations de buissons, de plantes annuelles ou vivaces devraient agrémenter le passage des saisons et améliorer l'aspect général des lieux.

La conception des jardins devrait comprendre des bacs à fleurs et des parterres surélevés pour les usagers de fauteuils roulants ou les résidants âgés qui se penchent avec difficulté.

On devrait choisir les essences d'arbres pour accentuer la diversité des saisons et placer bancs et sièges là où les arbres donnent de l'ombre en été.

Les installations destinées aux loisirs de plein air devraient être conçues pour des activités individuelles ou de groupes d'importance diverse. Les activités les plus recherchées semblent être le jeu de galets, les dames, les fers, les cartes, les échecs, le barbecue, le pique-nique et les réceptions.

Les patios, les jardins et les toits-terrasses en communication directe avec les salons, salles à manger et zones de circulation intense pourraient tous servir aux activités d'intérieur et d'extérieur.

On devrait disposer les sièges d'extérieur de façon à permettre de jouir du mouvement de la vie, mais on devrait songer aussi aux conversations tranquilles au soleil, à l'ombre, et à l'abri du vent. Les patios individuels devraient être munis d'écrans ou entourés d'arbustes pour assurer l'intimité; ils devraient être assez grands pour des entretiens en petit groupe.

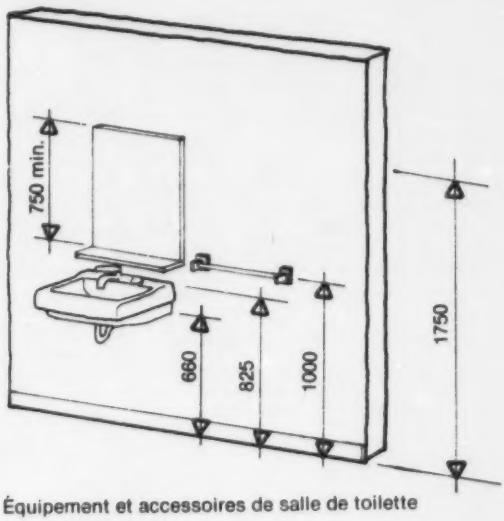
Certaines particularités, naturelles ou artificielles, pourraient être intéressantes. Le bruit et l'aspect de l'eau dans un étang, une fontaine, un ruisseau ou en cascades sont choses fort plaisantes. Les pièces d'eau pourraient être bordées d'arbres, servir de viviers ou refléter le paysage. D'autres particularités, comme les volières et les potagers, sont intéressantes et se prêtent aux activités.

On recommande de réserver une partie du terrain pour que les résidants puissent se livrer au jardinage.

Appareillage et accessoires

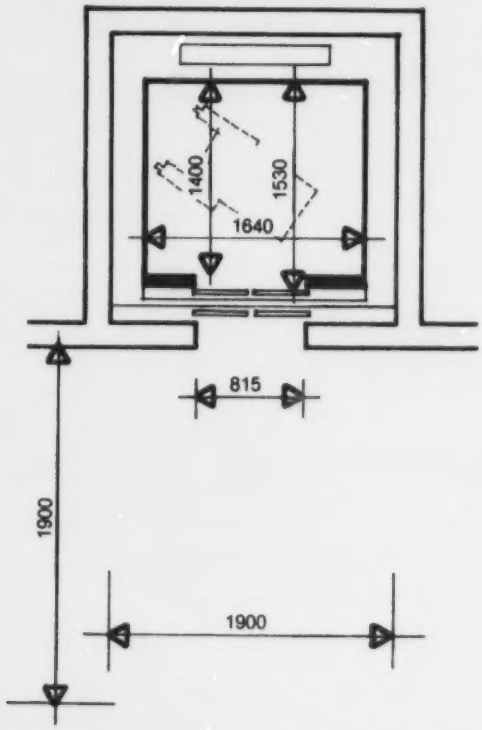
Accessoires de salle de bains

Ces accessoires devraient être choisis pour l'usage de personnes handicapées et fixés à une hauteur appropriée.



Équipement et accessoires de salle de toilette

Ascenseurs
Les ascenseurs devraient desservir les résidants ingambes ou en fauteuil roulant et le personnel. Un des ascenseurs devrait être prévu pour une civière et ses porteurs. (Voir aussi Programmation exprimée en termes de spécifications de l'utilisation, les Ascenseurs, page 30).

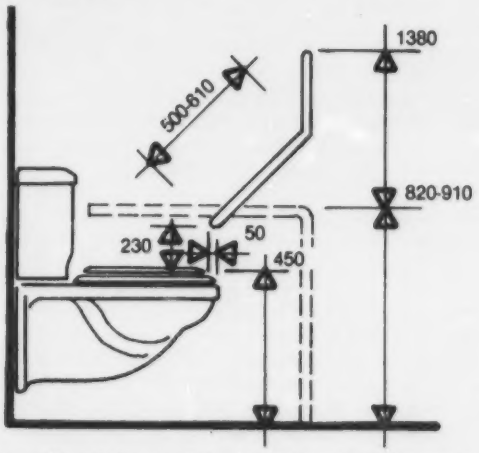


Ascenseur pour douze personnes, pouvant également servir de monte-charge

Baignoires
Le bord supérieur des baignoires devrait être au niveau du siège d'un fauteuil roulant, afin de permettre le transfert de l'usager.

Les baignoires communes devraient être montées de façon à permettre aux résidants d'y entrer facilement et au personnel de les aider à prendre leur bain. Ces baignoires devraient avoir un fond antidérapant et, si possible, un siège de transfert intégré.

Barres d'appui
On devrait les fixer près des baignoires, des toilettes et des douches des résidants pour servir à y entrer, à en sortir et assurer la sécurité. Elles devraient être fixées à une hauteur convenable; elles devraient avoir un diamètre d'au moins 30 mm et devraient être écartées d'au moins 40 mm de la surface du mur. Les barres d'appui devraient être solidement fixées et capables de supporter en cas de besoin tout le poids d'une personne. Il pourrait être utile de monter diverses sortes de barres d'appui.



Deux modèles de barres d'appui près du cabinet d'aisances

Boîtes postales
Les boîtes où l'on dépose le courrier personnel des résidants devraient être montées à une hauteur qui permette aux utilisateurs de fauteuils roulants et aux personnes ingambes d'y accéder. Le mécanisme d'ouverture et de fermeture devrait être de maniement facile et l'éclairage de l'endroit devrait être puissant. Si ces boîtes n'existent pas, les résidants devraient avoir accès à un centre de distribution du courrier qui s'occuperait aussi des messages et autres informations.

Il devrait y avoir une boîte aux lettres pour le courrier à expédier. On devrait la placer dans un endroit central et elle devrait être clairement signalée.

Cages d'escalier
Les cages d'escalier devraient être conformes aux normes en vigueur. On devrait les concevoir à l'usage de la majorité des résidants handicapés (voir page 29). Le revêtement des nez et des girons devrait être antidérapant. Les girons devraient contraster avec les surfaces adjacentes et les nez devraient être clairement signalés par leur couleur et leur texture.

Les mains courantes devraient être appropriées à leur destination. (Voir aussi à la troisième partie, Programmation exprimée en termes de spécifications de l'utilisation et à la quatrième partie, Appareillage et accessoires, Fauteuils roulants, page 70).

Commandes
Ceci comprend les prises de courant, les commutateurs, les thermostats, etc. Toutes les commandes à l'usage des résidants devraient être à leur portée, quelle que soit leur incapacité physique (pour la hauteur à laquelle il faut les monter, voir Données anthropométriques, page 76).

On recommande le réglage automatique de la température de la distribution d'eau chaude dans les locaux d'hébergement et de soins, afin de parer au danger d'ébouillantement.

Cuisinières
Les cuisinières utilisées par les résidants devraient être simples et faciles à nettoyer. Les commandes devraient être placées de telle sorte que des résidants handicapés puissent les atteindre sans se brûler. Il devrait y avoir de chaque côté des tablettes pour les casseroles, etc. Une personne en fauteuil roulant devrait pouvoir utiliser le four.

Cuvettes
Elles devraient être adaptées aux résidants ou aux visiteurs qui utilisent des fauteuils roulants (voir Données anthropométriques, annexe A, page 76).

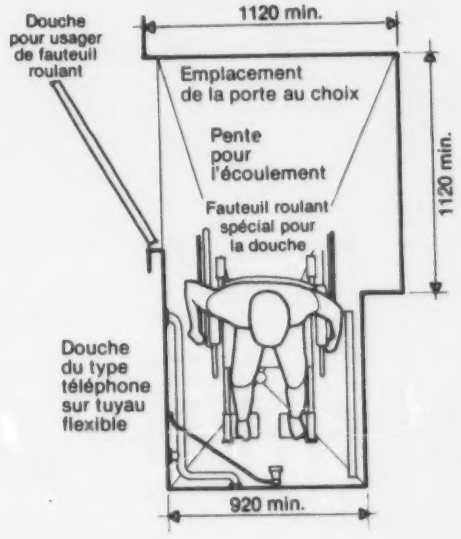
Demi-tours
Partout où se rendent les résidants ou les visiteurs, il faudrait prévoir de la place pour qu'un fauteuil roulant puisse faire demi-tour. Ceci devrait s'appliquer particulièrement aux toilettes, aux salles de bains, aux cuisines, aux buanderies, aux entrées et vestibules comme aux chambres à coucher et aux endroits où se déroule la vie quotidienne. On ne devrait pas oublier les sentiers extérieurs, les zones de récréation, les balcons, etc., que pourraient fréquenter des usagers de fauteuils roulants.

Dépressions dans les trottoirs
Il faudrait prévoir des dépressions dans les trottoirs partout où la bordure doit être franchie à pied. (Voir aussi à la troisième partie, Critères d'aménagement du terrain, Accessibilité, page 51).

Dispositif de secours
Le dispositif de secours comprend un avertisseur d'incendie et un appel à l'aide des infirmières. Ils devraient tous deux émettre des signaux sonores et visuels. L'appel des infirmières devrait être placé dans les chambres des résidants et dans leurs toilettes et pouvoir être utilisé par des handicapés de toutes sortes. Tous ces systèmes d'appel devraient être fixés à une hauteur convenable pour les usagers de fauteuils roulants. Pour les résidants du type III la commande de l'appel devrait être placée près du chevet.

Douches
Les pommes des douches des baignoires ou des installations pour fauteuil roulant devraient être du type téléphone. Il faudrait prévoir le réglage automatique de la température pour éviter l'ébouillantement. Les cabines pour fauteuil roulant devraient être suffisamment grandes pour loger le fauteuil roulant et un membre du personnel. L'accès devrait en être direct et de plain-pied, et l'écoulement de l'eau devrait être bien étudié. Tous les revêtements devraient être faciles à entretenir.

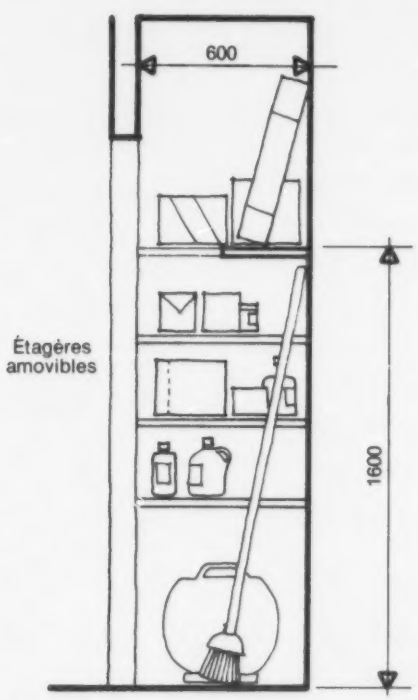
Les barres d'appui devraient assurer l'équilibre d'une personne assise ou debout. Un siège démontable en matériau antidérapant pourrait être utile aux résidants du type I, mais ce siège ne devrait pas empêcher l'entrée d'un fauteuil roulant. On devrait prévoir, à proximité, de la place pour les vêtements, les serviettes de bain, etc., et les habits de rechange.



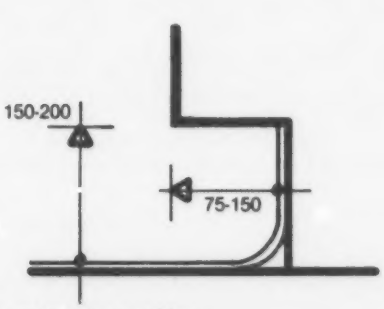
N.B. Il existe beaucoup d'autres solutions possibles.

Entreposage

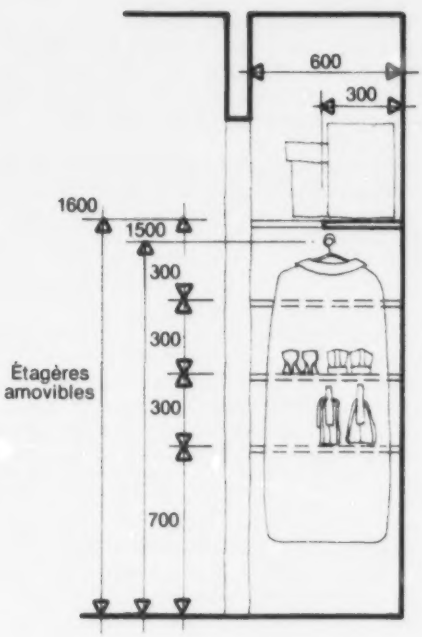
L'entreposage des objets appartenant aux résidants, vêtements, articles ménagers, aliments, etc., devrait être adapté aux capacités de tous les usagers handicapés. Les étagères, les tringles, etc., devraient être ajustables en hauteur. Les placards devraient être munis de portes que des personnes en fauteuil roulant ou à la dextérité et à la vigueur diminuées pourraient ouvrir sans difficulté. L'entreposage devrait être accessible (voir Données anthropométriques, annexe A, page 76).

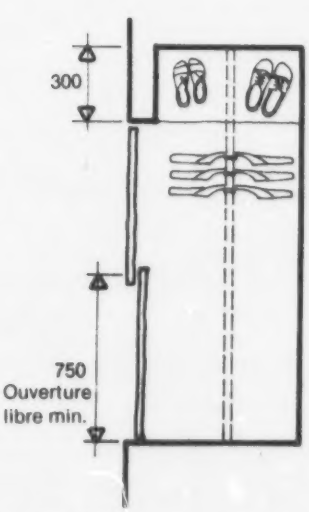


Placard tout usage

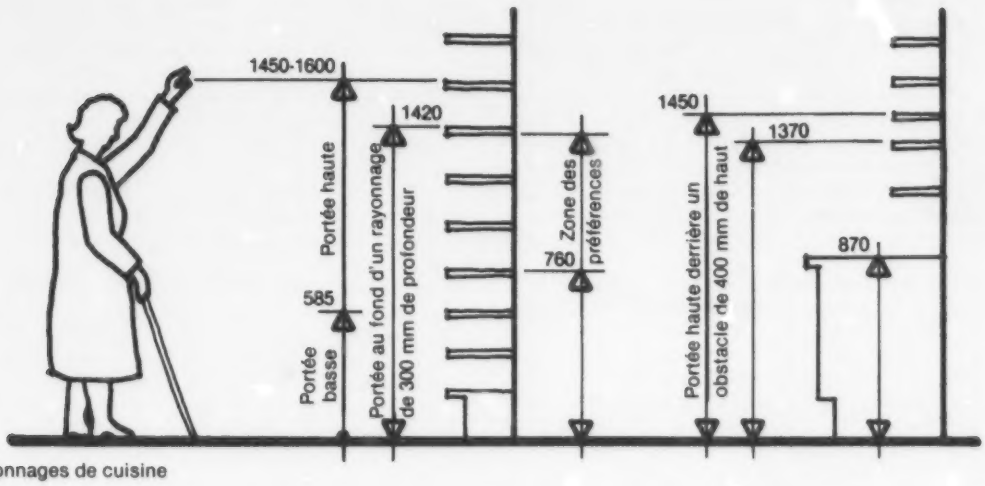


Retrait au bas des meubles

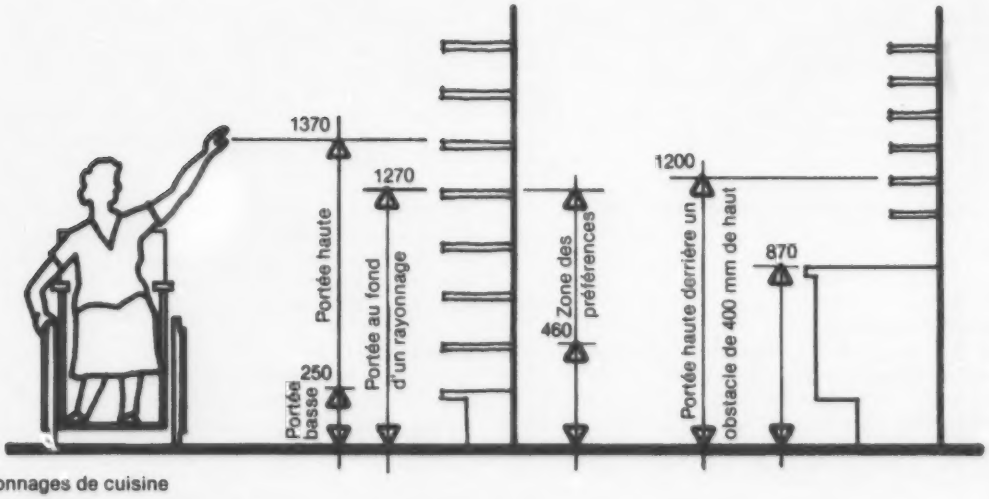




Armoire personnelle



Rayonnages de cuisine

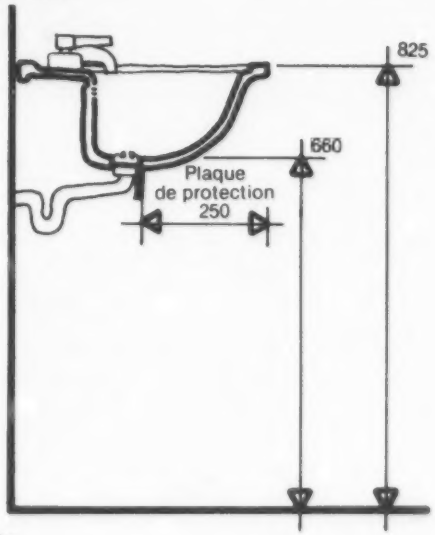


Rayonnages de cuisine

Éviers et lavabos

Les éviers et les lavabos devraient être placés à une hauteur convenable pour les résidants debout ou en fauteuil roulant (voir aussi à la quatrième partie, Appareillage et accessoires, Plans de travail et coiffeuses, page 71). Si l'évier est monté dans un plan de travail ou un lavabo dans une coiffeuse, il faudrait laisser de l'espace par-dessous pour les genoux d'une personne en fauteuil roulant. Les commandes devraient être à la portée de toutes sortes d'usagers.

Les éviers devraient avoir de chaque côté un plan de travail suffisant pour un ratelier à vaisselle ou un plateau.

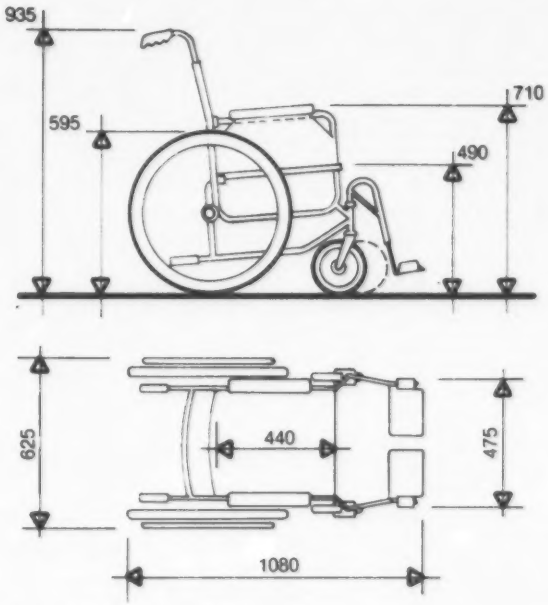


Lavabo

Fauteuils roulants

Il y a diverses sortes de fauteuils roulants adaptés aux diverses incapacités. On devrait porter son attention sur les dimensions hors-tout et les dégagements nécessaires au libre passage d'un fauteuil roulant et de son usager. Le rayon de virage et les dégagements sont indiqués ailleurs.

Les résidants âgés peuvent utiliser des fauteuils propulsés manuellement ou à l'électricité, ou bien encore des fauteuils poussés par un membre du personnel. Il faudrait prévoir de la place pour lui partout (ascenseurs, couloirs, etc.) où l'on peut s'attendre à ce qu'un fauteuil roulant doive être poussé par un aide. (Les dimensions détaillées d'un fauteuil roulant se trouvent dans les Données anthropométriques de l'annexe A, page 76).



Fauteuil roulant ordinaire

Fenêtres

Dans les chambres et les locaux destinés aux résidants, les fenêtres devraient être conçues de façon que les seuils ou les meneaux horizontaux, placés à des hauteurs inappropriées, n'obstruent pas la vue (voir Données anthropométriques, annexe A, page 76).

Les mécanismes d'ouverture et d'aération devraient être placés là où les personnes handicapées pourraient les atteindre facilement et devraient être conçus pour être manipulés par des personnes dont l'adresse et la force ont diminué.

Information

Le réseau d'information devrait comprendre les horloges et les tableaux d'affichage ainsi que le réseau général de communication et les panneaux dont il est question ailleurs.

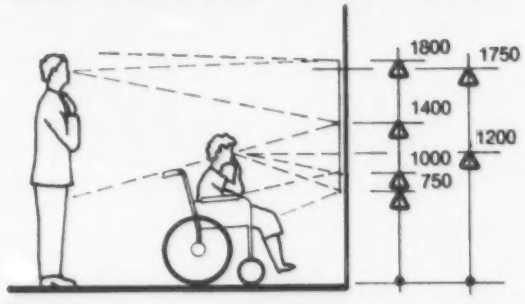
Les cadrans d'horloge devraient être de grande taille, les chiffres et les aiguilles devraient contraster fortement avec le fond. Ils devraient être montés à une hauteur où des gens assis ou debout puissent les lire.

On devrait veiller à placer des horloges dans tous les endroits très fréquentés. Les tableaux d'affichage devraient être placés près des voies de circulation et des endroits de grande activité. Les résidants devraient pouvoir les utiliser facilement

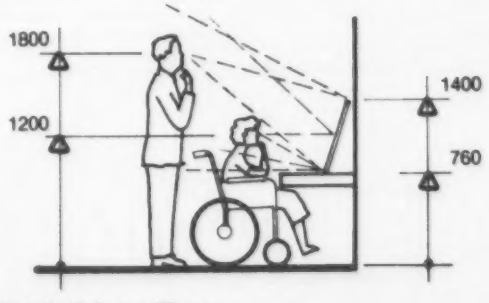
et on devrait les installer à une hauteur convenable. Les tableaux devraient être assez grands pour qu'on y épingle toutes sortes de bulletins, d'avis, d'affiches, etc. Si l'on emploie un lettrage spécial sur des tableaux semi-permanents, il devrait pouvoir se lire à distance raisonnable grâce à la taille du caractère et à son contraste avec le fond.

Mains courantes
On recommande les mains courantes comme auxiliaires dans toutes les voies de circulation c'est-à-dire les couloirs, les ascenseurs et les escaliers. Elles devraient être fixées à une hauteur convenable et avoir une section permettant une prise ferme. Les extrémités des mains courantes devraient être faites de manière à permettre à un aveugle de savoir quand il s'approche de la fin du passage. (Voir aussi Programmation exprimée en termes de spécifications de l'utilisation, les couloirs, page 28).

Miroirs
Les miroirs montés dans les toilettes privées, semi-privées ou publiques destinées aux résidants et aux visiteurs devraient être placés à une hauteur qui permette aux personnes ingambes ou aux utilisateurs de fauteuils roulants de s'y regarder. L'éclairage devrait être suffisant pour permettre de se raser ou se recoiffer. Quand il y a plusieurs miroirs, l'un d'entre eux devrait être spécialement adapté à l'usage d'une personne en fauteuil roulant.



Miroirs



Miroir incliné et coiffeuse

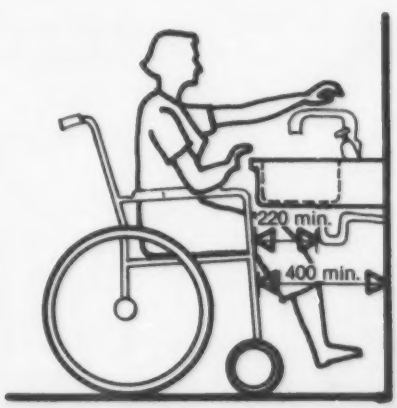
Mobilier
Le mobilier devrait être choisi pour l'usage des personnes âgées. On devrait veiller, en choisissant les chaises, tables, mobilier de salon ou de jardin, à ce que les sièges permettent une bonne attitude, grâce aux appuis dorsaux et latéraux. Les tables devraient laisser le passage à un fauteuil roulant et aux accoudoirs d'un fauteuil de salle à manger. Les lits devraient être choisis sans roulettes, adaptés au type des soins et, de préférence, d'apparence ordinaire et familière.

Panneaux indicateurs
Les panneaux devraient être choisis ou conçus de façon que l'ensemble de l'information écrite, du code des couleurs, des graphiques et des autres symboles soit sans ambiguïté et aisément compréhensible.

On devrait étudier spécialement le cas des aveugles ou des handicapés visuels. Il pourrait y avoir quelques panneaux en braille en des endroits fréquentés par les visiteurs, mais cela n'est pas essentiel, en général. On recommande des lettres en relief ou en creux de forme simple sur un fond contrastant.

Les panneaux devraient être fixés là où les résidants pourraient facilement les voir et les toucher, spécialement dans les ailes d'hébergement où il faudrait pouvoir reconnaître sa chambre. On devrait pouvoir adapter la signalisation aux agrandissements et aux transformations qui surviendront.

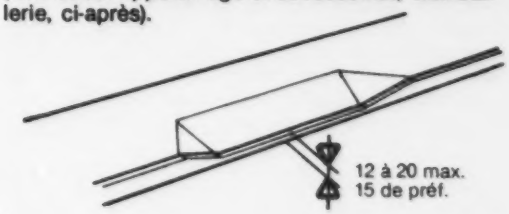
Plans de travail et coiffeuses
Ils devraient être montés à une hauteur appropriée à des usagers handicapés.

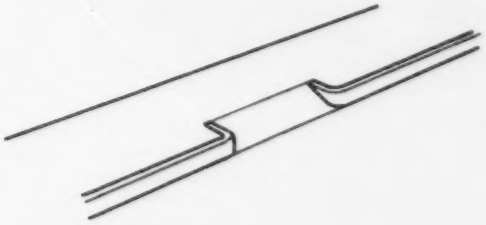


Fauteuil roulant et coiffeuse

Portes

Les portes devraient donner un passage aisé aux personnes affligées d'incapacités, aux personnes affaiblies et aux usagers de fauteuils roulants. (Voir aussi Appareillage et accessoires, Quincaillerie, ci-après).



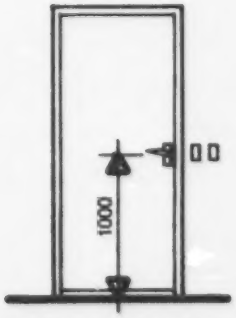


Dépressions dans les trottoirs

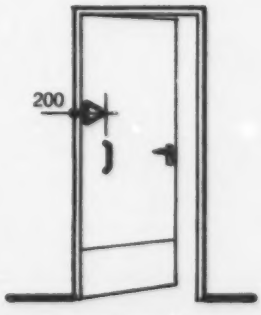
Quincaillerie

Les poignées de portes et d'armoires situées dans les endroits que fréquentent les résidants et les visiteurs, devraient pouvoir être utilisées sans difficulté par toutes sortes de personnes handicapées. Les personnes qui manquent de souplesse ou de vigueur préfèrent souvent les poignées à levier. Les fermetures automatiques des portes intérieures ou extérieures, y compris les sorties, devraient être ralenties pour permettre le passage d'un fauteuil roulant.

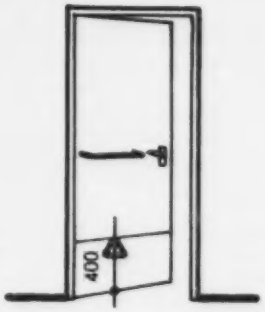
La valeur de la pression recommandée pour l'ouverture d'une porte ne devrait pas excéder 55 kPa.



Hauteur d'une poignée de porte

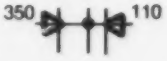


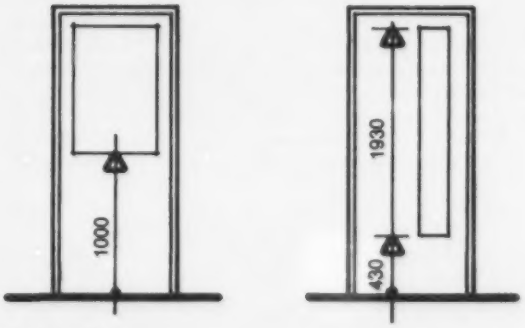
Poignée auxiliaire et garde-pieds



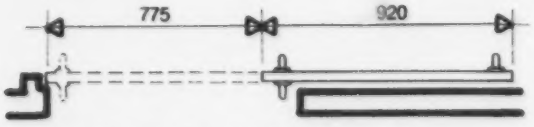
Barre de tirée et garde-pieds

Poignée de porte du type bec de cane ou béquille

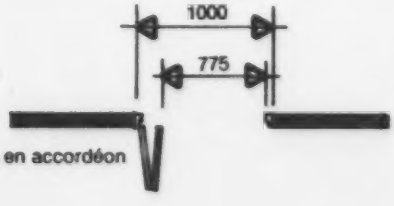




Portes vitrées



Porte coulissante avec poignée de chaque côté



Portes en accordéon

Rampes
Les rampes extérieures et intérieures qu'utiliseront les piétons âgés devraient pouvoir être utilisées aussi par tous les handicapés (voir le *Supplément no 5 du Code national du bâtiment du Canada*). Les rampes devraient être munies de mains courantes et de garde-fous pour en assurer la sécurité. Le revêtement des rampes extérieures devrait être antidérapant quel que soit le temps. Les rampes intérieures devraient avoir un plancher antidérapant et se prêtant bien à la circulation sur roues. (Voir aussi à la quatrième partie, Détails de conception, Rampes et escaliers, page 63).

Beaucoup de personnes, âgées mais ingambes, préfèrent de petits escaliers adjacents aux rampes.

Réfrigérateurs
Les réfrigérateurs des cuisines des résidants devraient être de taille appropriée, faciles à ouvrir et «auto-dégivreurs». On devrait les placer de façon que la porte puisse facilement être ouverte par l'usager d'un fauteuil roulant et il faudrait aménager tout près des tablettes pour y déposer ce qu'on place au réfrigérateur ou ce qu'on en retire.

Réseaux de communication
Les réseaux d'interphone et de téléphone devraient être adaptés aux usagers. Ceux qui ne sont utilisés que par le personnel ne requièrent aucune modification. Si l'interphone doit être utilisé par des résidants handicapés, il faudrait que les appareils soient accessibles et utilisables par des personnes atteintes de toutes sortes d'infirmités, comme la simple faiblesse, la cécité, la surdité et la difficulté de se déplacer. Le réseau d'annonces publiques devrait pouvoir s'adapter à des endroits spécifiques ou à l'ensemble de l'établissement, et aussi aux futurs agrandissements.

Revêtements
Il s'agit des revêtements des sols, des murs et des plafonds, et des pavements. Secs ou mouillés, les revêtements de sol devraient être antidérapants, résistants et d'entretien aisé. Dans tous les endroits fréquentés par les résidants, les surfaces devraient être appropriées à la circulation des fauteuils roulants, des chariots, à l'aide de cannes ou de béquilles. Les revêtements des planchers devraient être mats et devraient se distinguer des murs par la couleur.

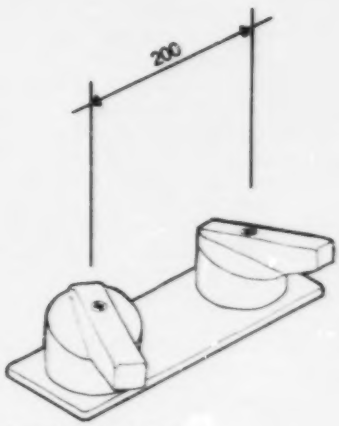
On suggère de varier le revêtement des murs afin de fournir des stimulants visuels et d'aider à se diriger. La surface murale devrait être facile à entretenir.

En général les plafonds devraient absorber les bruits et être mats. Dans les zones de circulation et d'intense activité, il faudrait prévoir des points d'accès pour les réparations. On devrait veiller à ne pas confondre ces points d'accès avec l'appareillage monté au plafond, comme les haut-parleurs, l'éclairage encastré, les indications lumineuses de sortie, les thermostats, etc.

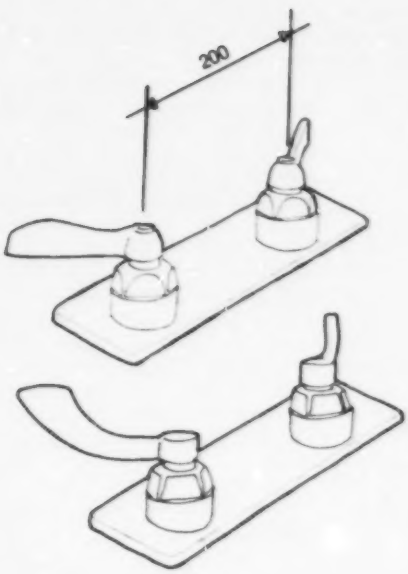
On devrait choisir les pavements en évitant les variations de niveau et les joints partout où c'est possible.

Robinets

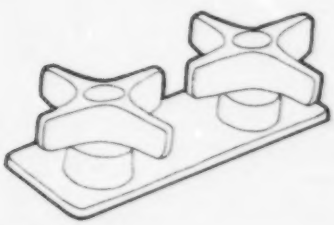
Dans les toilettes, les cuisines et les locaux des résidants, comme dans les locaux communautaires et ceux qui sont à la disposition des visiteurs, les robinets devraient avoir des poignées du type levier, bien écartées l'une de l'autre pour qu'une personne affligée d'incapacité puisse les manier facilement. On suggère l'emploi, là où il se révèle approprié, d'un robinet à réglage combiné du débit et de la température par une seule manette.



Robinet à manette type levier

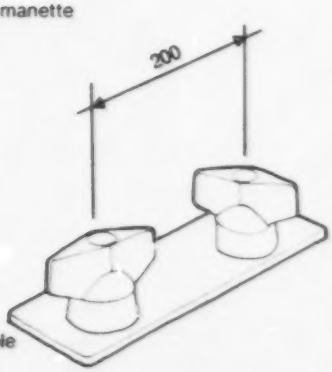


Robinets à manette



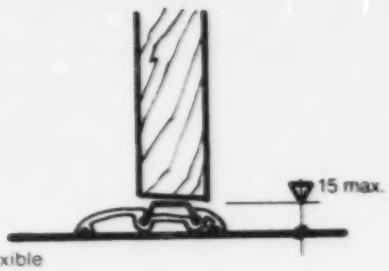
Autre modèle de robinet

Robinet à manette unique commandant le débit et la température

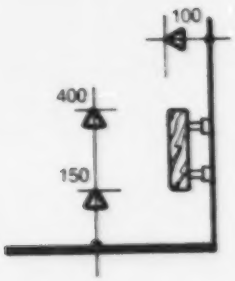


Autre modèle de robinet

Seuils
Les seuils devraient offrir le moins d'obstacle possible au libre passage d'une personne en fauteuil roulant ou qui éprouve de la difficulté à marcher.



Seuil flexible

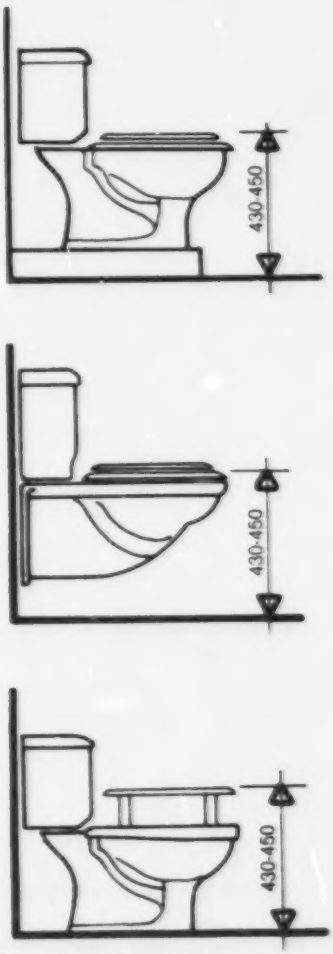


Butoir

Stationnement
Le stationnement pour les résidants devrait satisfaire les normes en vigueur. Un certain nombre de places plus larges devrait être réservées aux véhicules transportant des passagers qui utilisent des fauteuils roulants. Les sentiers piétons qui partent de ces stationnements devraient être libres de tout obstacle, à l'abri de la circulation des véhicules et être de plain-pied avec l'entrée principale.

Systèmes d'alarme
Les systèmes d'alarme devraient émettre des signaux sonores et visuels (par exemple : alarme d'incendie, sonnerie à la porte d'entrée, réseau d'appel d'urgence).

Toilettes
Les sièges devraient être fixés au niveau du siège d'un fauteuil roulant dans toutes les toilettes utilisées par les résidants ou les visiteurs. On devrait laisser assez de place sur les côtés et le devant pour permettre le transfert latéral ou frontal depuis un fauteuil roulant. Des barres d'appui fixées au mur devraient s'offrir à la prise d'une personne assise sur le siège. En cette position il faudrait qu'on puisse également atteindre le distributeur de papier et la commande d'appel. La lunette devrait être ouverte sur l'avant et faite d'un matériau facilement lavable. La chasse devrait être du type levier.



Modèles de cabinets d'aisances

Annexes

Annexe A Données anthropométriques

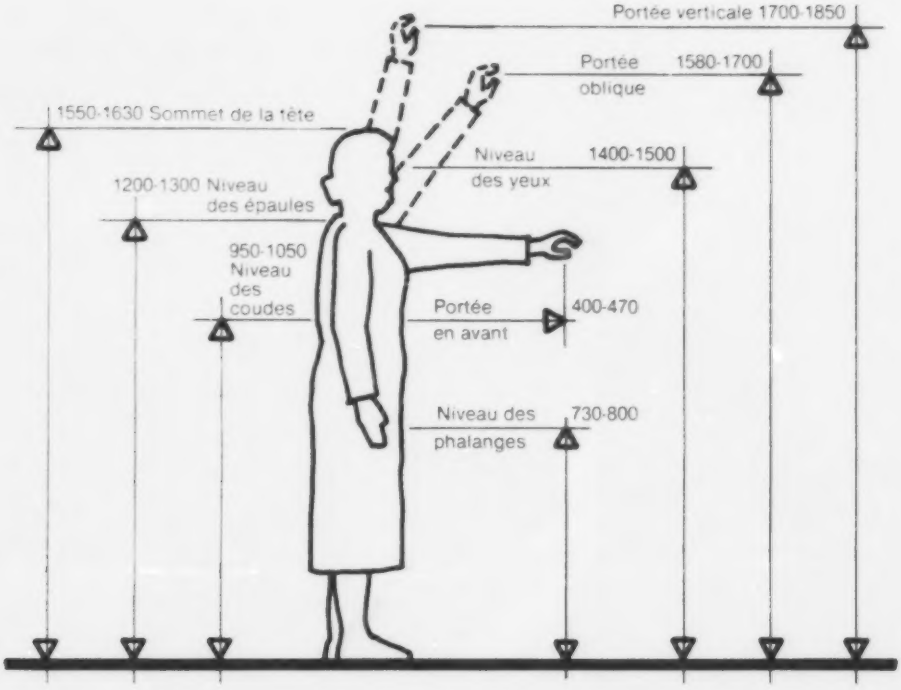
L'anthropométrie est l'étude des mensurations physiques de l'être humain et des proportions corporelles des bien-portants et des handicapés.

Les critères de la conception d'un immeuble dérivent des caractéristiques moyennes, et parfois spécifiques, du physique des usagers auxquels il est destiné. Les établissements pour personnes âgées reflètent leurs dimensions corporelles aussi bien que leurs capacités, leur mobilité et leurs facultés d'adaptation. L'utilisation d'auxiliaires comme les fauteuils roulants, les béquilles et les prothèses devrait être prise en considération, en dressant les plans des locaux, ainsi que dans le choix et la disposition du mobilier et de l'appareillage. Et, selon l'agilité des usagers, il pourrait y avoir d'énormes différences dans les exigences de place pour les fauteuils roulants.

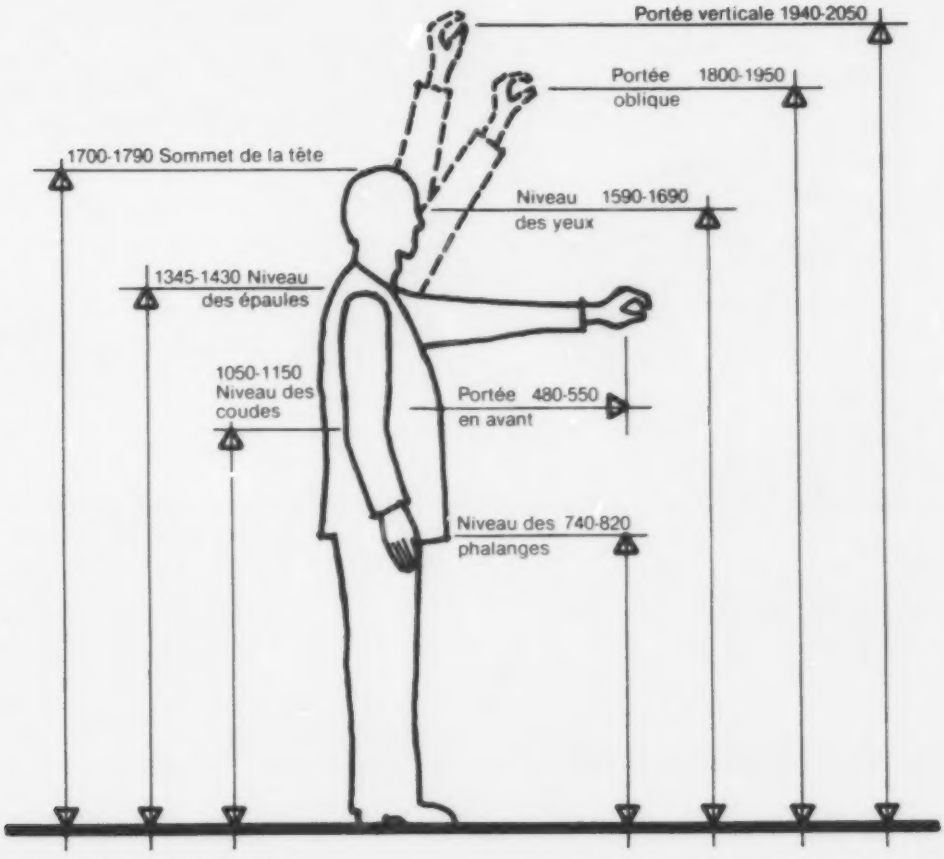
L'anthropométrie des personnes âgées diffère de celle de la population adulte en général à cause des transformations physiques provenant de l'âge et d'un plus grand nombre d'incapacités physiques.

La hauteur est une dimension fréquemment employée dans l'application de l'anthropométrie à la conception, mais d'autres variables, comme la portée et la vision entrent parfois en ligne de compte.

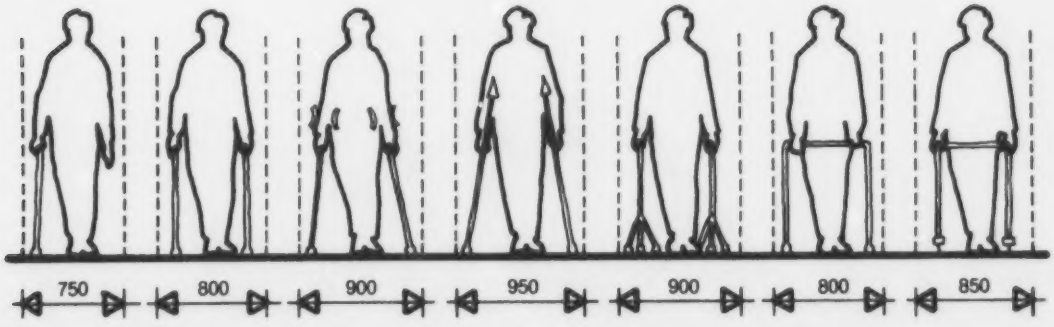
Les mesures suivantes, basées sur la hauteur à partir du plancher, sont spécifiques des personnes âgées. Elles sont exprimées en millimètres, à moins d'avis contraire.



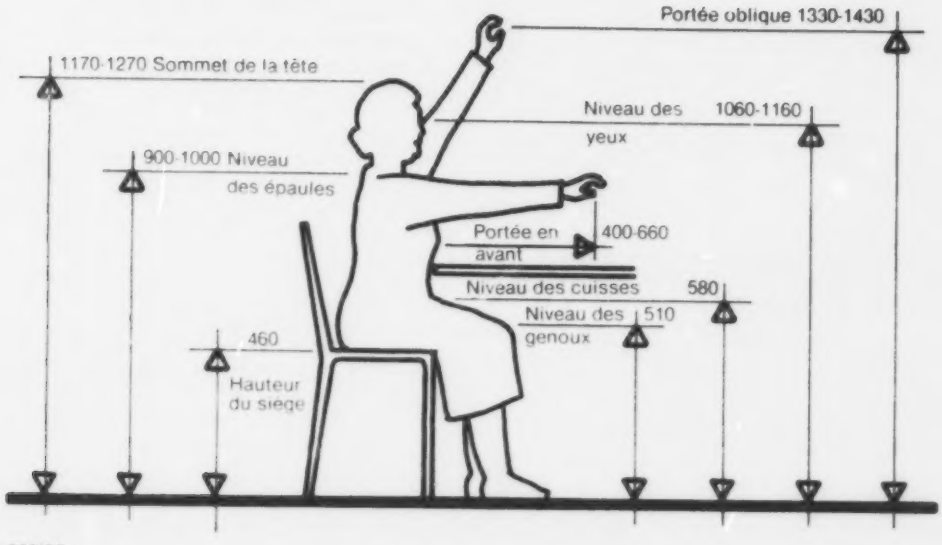
Femme debout et pouvant se déplacer



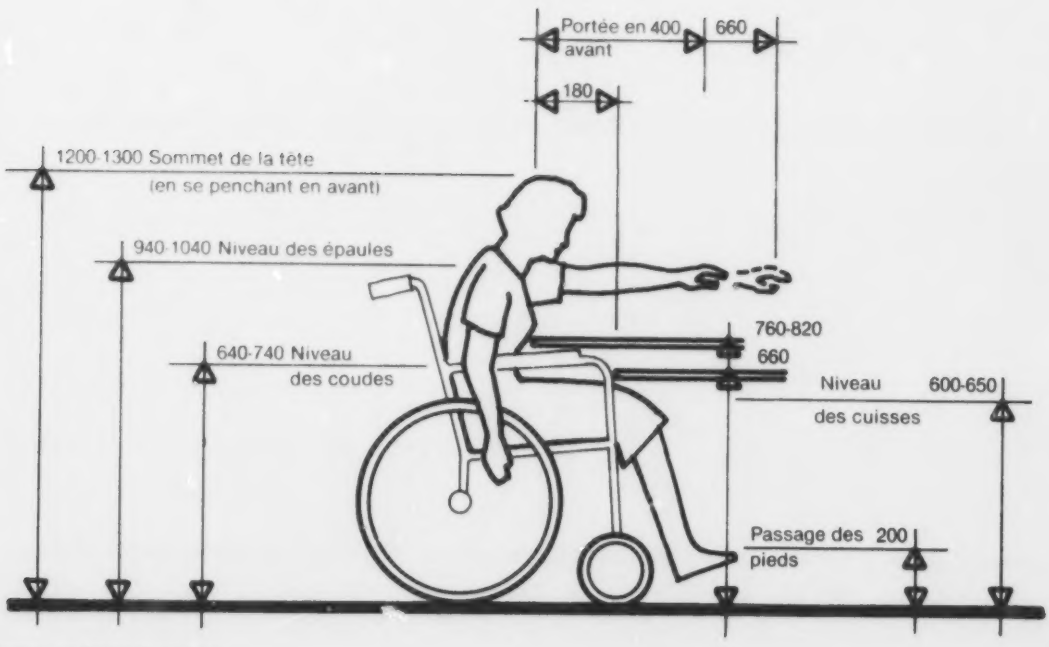
Homme debout et pouvant se déplacer



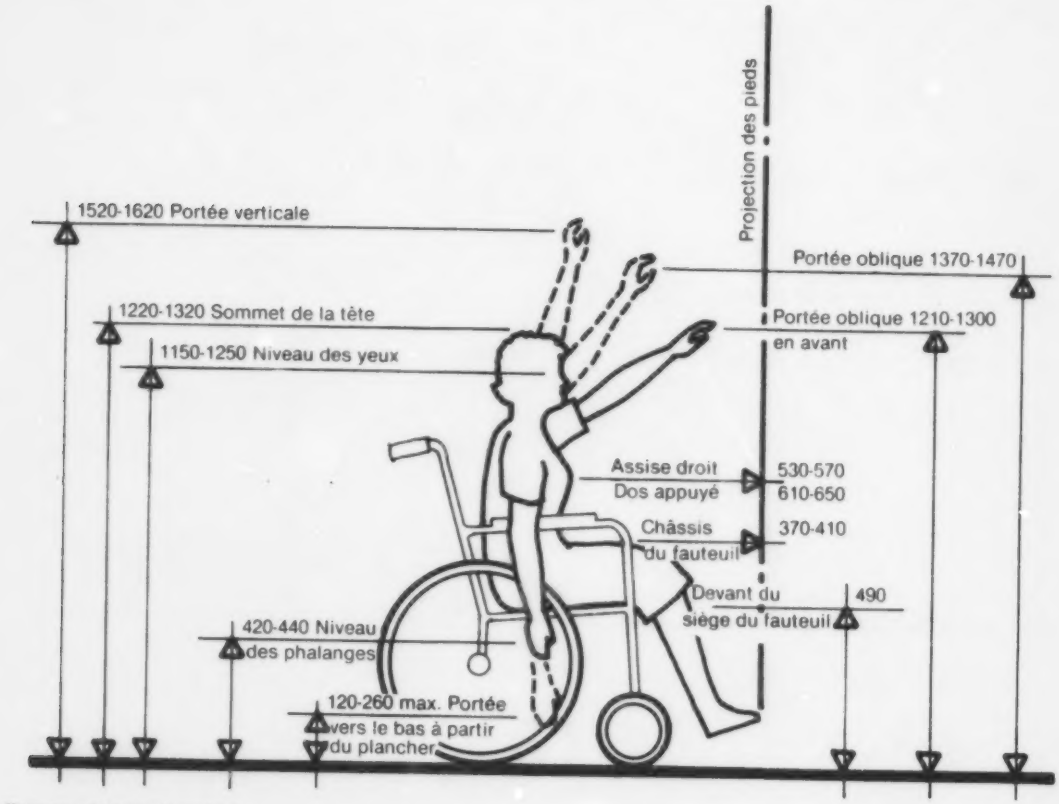
Espace nécessaire à la circulation de personnes handicapées capables de se déplacer



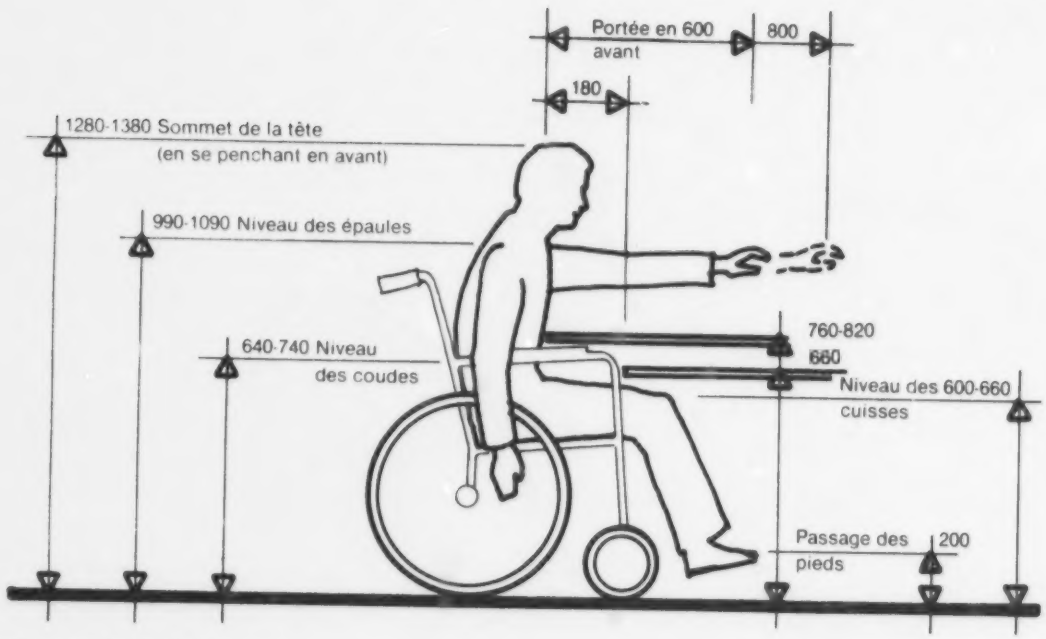
Femme assise



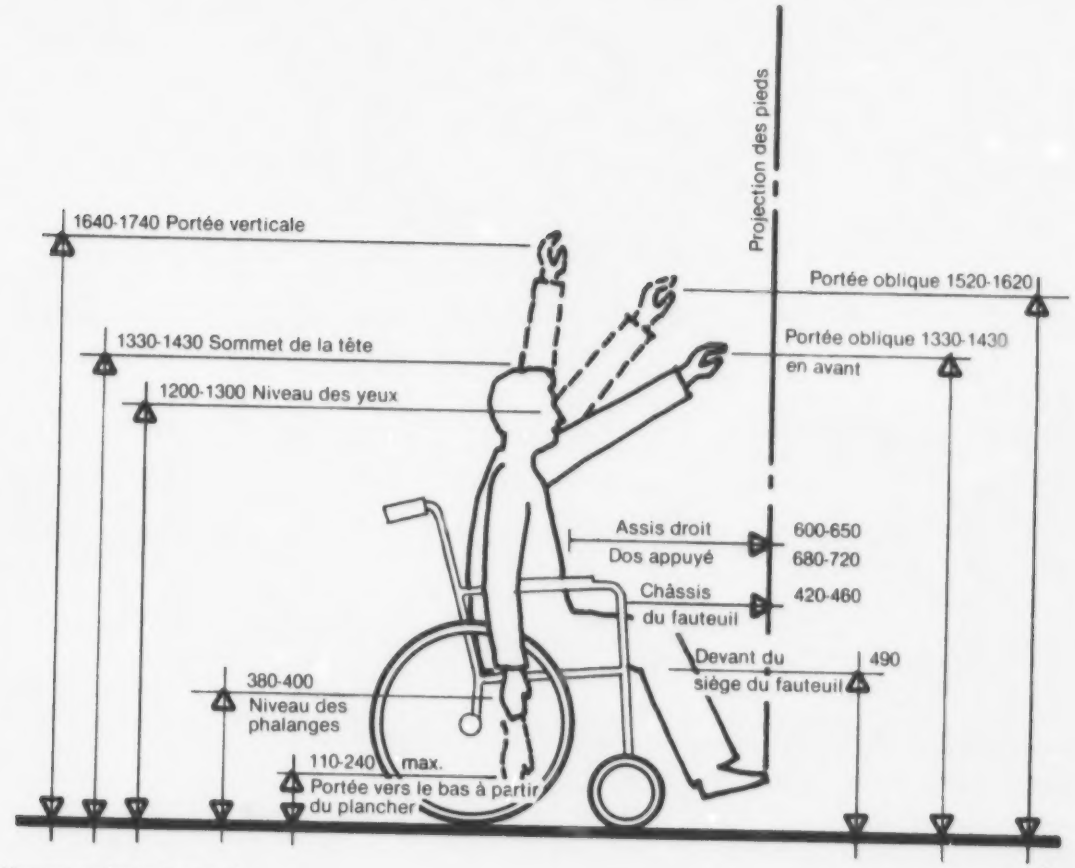
Femme en fauteuil roulant



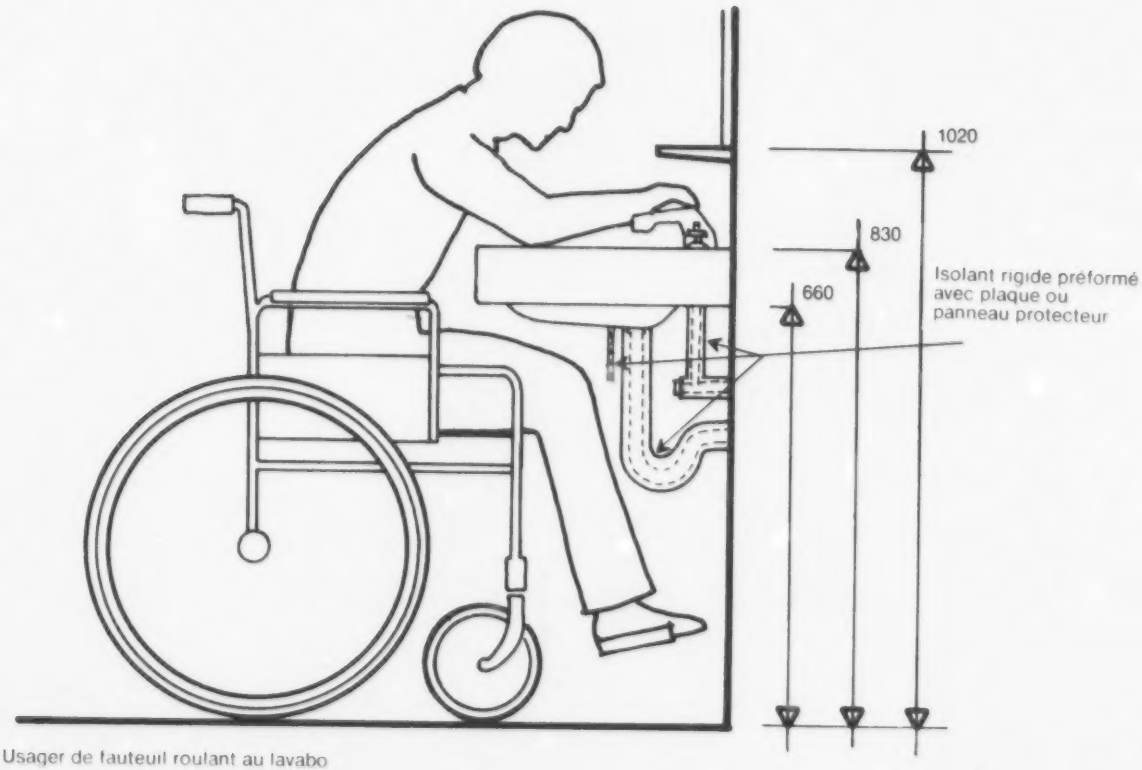
Femme en fauteuil roulant



Homme en fauteuil roulant

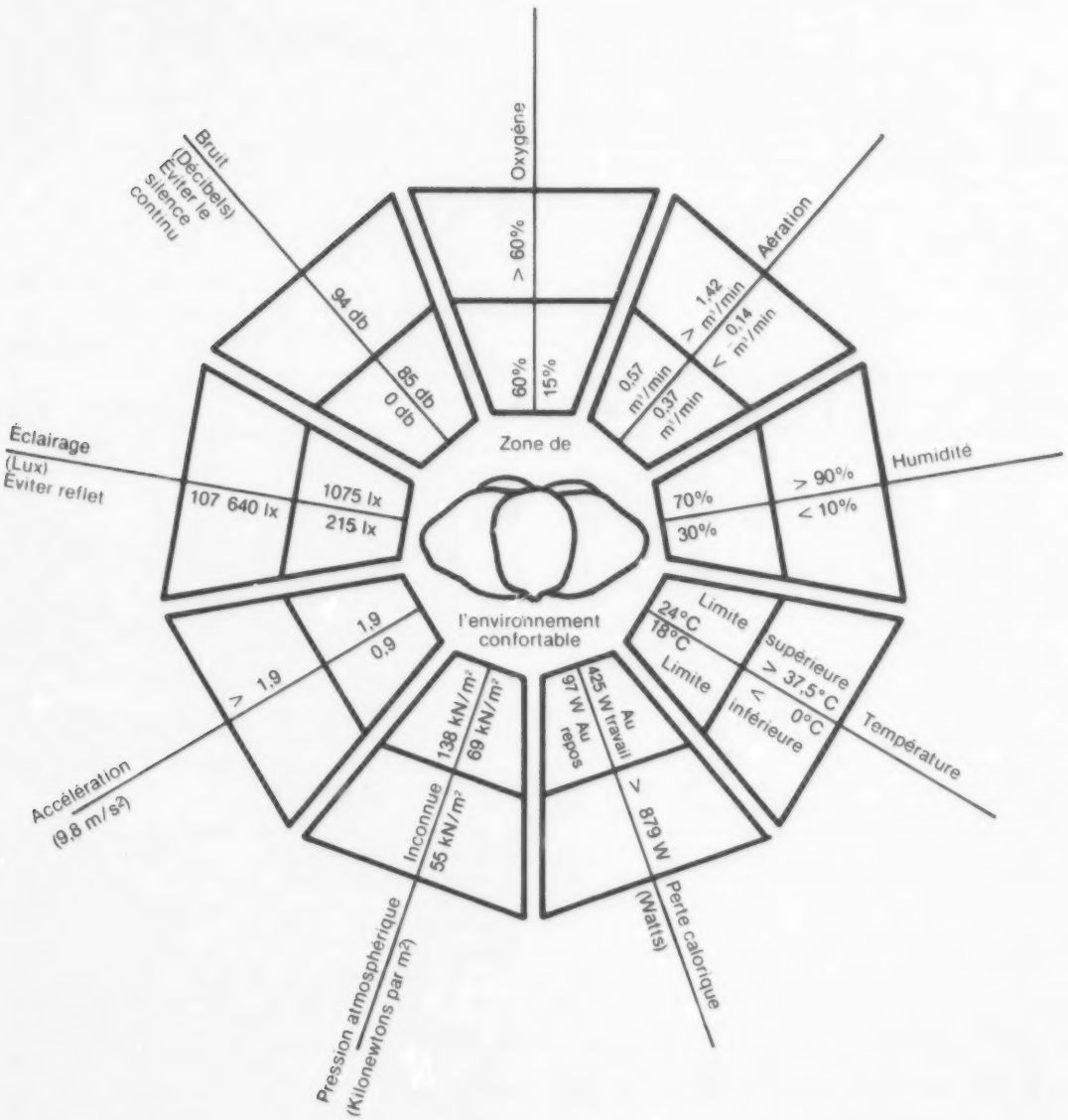


Homme en fauteuil roulant



Usager de fauteuil roulant au lavabo

N.B. Les siphons de lavabo devraient être isolés s'ils sont situés dans l'espace où pénètrent les genoux; ou encore, la température de l'eau devrait être réduite pour éviter les brûlures.



Les deux bandes concentriques indiquent la zone qui s'étend du sentiment de confort au seuil de l'intolérance.
Mérites : Inspiré de données puisées dans l'ouvrage d'Henry Dreyfuss, *The Measure of Man*, 1966.

Mensurations pour personnes pouvant se déplacer
(en mm sauf indication contraire)

	Homme	Femme
Sommet de la tête	1700-1790	1550-1630
Niveau des yeux	1590-1690	1400-1500
Hauteur des épaules	1350-1430	1200-1300
Hauteur des coudes	1050-1150	950-1050
Hauteur des phalanges	740- 820	730- 800
Portée basse (sans se pencher)	580- 640	520- 580
Portée verticale	1940-2050	1710-1850
Portée oblique	1800-1950	1580-1710
Portée en avant	480- 540	400- 470
Hauteur du plan de travail	820- 870	820- 870
Poids	(75 kg)	(63.6 kg)

Mensurations pour usagers d'un fauteuil roulant

Sommet de la tête	1330-1430	1220-1320
Sommet de la tête (penché en avant)	1280-1380	1200-1300
Niveau des yeux	1200-1300	1150-1250
Hauteur des épaules	990-1090	940-1040
Hauteur des coudes	640- 740	640- 740
Hauteur des phalanges	380- 400	420- 440
Portée basse (à partir du plancher)	110- 240	120- 260
Portée verticale	1640-1740	1520-1620
Portée oblique	1520-1620	1370-1460
Portée oblique en avant	1320-1430	1210-1300
Portée en avant	600- 800	400- 660
Portée latérale (maximum)	660	610
Portée latérale facile	480	400
Hauteur de l'accoudoir	710- 740	710- 740
Niveau des cuisses	600- 660	600- 650
Niveau du bord avant du fauteuil	490	490
Passage des pieds (fauteuil roulant)	200	200
Projection des pieds (assis droit)	590- 650[1]	530- 580[1]
Projection des pieds (dos appuyé)	670- 720[1]	610- 650[1]
Projection des pieds (à partir du châssis du fauteuil)	420- 460	370- 410
Hauteur de la table	760- 820	760- 820
Hauteur du plan de travail (dans la cuisine)	820	820

Mensurations pour personnes assises

Sommet de la tête	1260-1360	1170-1270
Niveau des yeux	1150-1250	1060-1160
Hauteur des épaules	960-1060	900-1000
Portée oblique	1520-1620	1330-1430
Portée en avant	450- 800	400- 660
Niveau des cuisses	590	580
Niveau des genoux	520	510
Niveau du siège du fauteuil	460	460

Aires de séjour pour résidants pouvant se déplacer

Portée haute vers un rayonnage	1600-1800	1450-1600
Portée haute au fond d'un rayonnage de 300 mm de profondeur	1500-1650	1450-1550
Portée haute derrière un obstacle de 400 mm de haut	1500	1450
Tablette basse, en pliant les genoux	250	250
Portée basse	580	580
Zone de préférence pour rayonnage	760-1420	760-1420
Plan de travail	760- 870	760- 870
Passage dans la cuisine (minimum)	1040	1040
Tringle pour vêtements	1600	1600

Aires de séjour pour usagers d'un fauteuil roulant

Portée haute vers un rayonnage	1330-1520	1210-1370
Portée haute au fond d'un rayonnage de 300 mm de profondeur	1330-1400	1210-1270
Portée haute derrière un obstacle de 400 mm de haut	1300	1200
Tablette basse	250	250
Portée basse	330	400
Zone de préférence pour rayonnage	460-1270	460-1270
Plan de travail	760- 820	760- 820
Plan de travail optimum pour la cuisine	790	760
Hauteur de la table	760	760
Longueur de l'évier	430	430
Hauteur au bas de l'évier	660	630
Plan de travail (minimum pour dégagement)	1040	1040
Seuil de fenêtre	730	730
Tringle pour vêtements	1400	1400
Bas du miroir	900	900

[1]À partir du châssis du fauteuil

Annexe B Caractéristiques régionales

On a mené, dans l'ensemble du Canada, une enquête qui a permis de recueillir l'information qu'on ne pouvait tirer d'un échange de correspondance, de statistiques ou d'autres moyens indirects. Les directeurs régionaux de la SCHL et ceux de quelques établissements financés aux termes de la Loi nationale sur l'habitation se virent envoyer des questionnaires. On organisa des rencontres dans sept villes où ces questionnaires furent passés en revue et de l'information supplémentaire fut tirée du personnel de la SCHL et des ministères provinciaux de la Santé, du Logement et des Services sociaux. On interrogea des administrateurs de centres d'hébergement et on visita et photographia certains établissements.[1]

Les Maritimes

La principale caractéristique des Maritimes est un sens social extrêmement poussé.

La population, aussi bien dans son ensemble qu'au niveau des particuliers, se préoccupe du bien-être des personnes âgées. Les gens ont le sens du foyer et de la famille et répugnent à quitter l'ombre de leur clocher. De plus, parce qu'ils vivent isolés ou en hameaux dispersés en beaucoup de régions, ils sont très débrouillards. Ils mettent leur indépendance au-dessus de tout.

Exception faite de fortes populations d'Acadiens au Nouveau-Brunswick et de groupes d'Acadiens et de Noirs en Nouvelle-Écosse, il y a peu de ségrégation ethnique et donc aucun établissement à caractère spécifique de ce genre. Les établissements ont d'ordinaire un ou deux étages et contiennent de 40 à 70 résidants. On a tendance à les décentraliser afin d'éviter d'éloigner les résidants de leur milieu. Souvent ils sont construits non loin d'un hôpital ou d'un centre hospitalier pour raisons d'économie et de disponibilité des services. La plupart des chambres sont doubles (environ 70%), les chambres particulières atteignent le quart du total. Les toilettes sont conçues pour deux ou quatre personnes.

Dans les Maritimes, les soins dispensés en résidence sont du type I, II et III, mais plus du type II et III que dans les autres provinces. Dans la plupart des établissements existants, les résidants y demeurent jusqu'à leur mort ou sont transférés dans un hôpital pour y mourir pas longtemps après.

L'objectif prédominant dans les provinces maritimes est le développement de soins et de services qui permettraient aux personnes âgées de demeurer chez elles ou de vivre chez un parent. Le nombre actuel des cliniques de jour et des services sociaux est faible. Pour suivre la tendance, il faudra à l'avenir fournir plus de services de soins avancés afin de permettre aux personnes âgées de vivre en toute indépendance mais avec l'aide que peut leur procurer la communauté.

Le Québec

Il y a une forte différence entre les établissements de soins pour personnes âgées qu'on trouve à Montréal et ceux du reste de la province. À Montréal, les trois principaux groupes culturels (francophones, anglophones et israélites) possèdent leurs propres services sociaux et dressent leurs propres projets, ce qui aboutit à des établissements qui leur sont propres. Le réseau des services sociaux et médicaux est loin d'être aussi étendu dans les régions rurales.

Les *centres d'accueil* construits actuellement devront couvrir toute la gamme des soins, de la simple surveillance (type I) aux soins prolongés du type IV. Ces établissements contiennent en moyenne 150 lits, mais certains vont jusqu'à 300 et même 500 lits. On préfère le principe d'une gamme de soins à fournir en un même établissement au transfert des résidants nécessitant des soins plus avancés.

Dans les régions rurales, le concept des *familles d'accueil* est encore une des solutions les plus pratiques. Ce sont des pensions de famille pour un à neuf résidants âgés auxquels la famille d'accueil fournit des soins élémentaires. Chaque pensionnaire reçoit une allocation journalière, mais qui est insuffisante pour couvrir les soins spécialisés.

Le Québec manque d'établissements qui puissent procurer les soins des types III et IV. On y trouve beaucoup de maisons privées qui fournissent surtout les soins des types I et II, mais qui sont financièrement incapables d'aller plus loin. En dépit de leurs principes, les *centres d'accueil* s'orientent actuellement plutôt vers les soins des types I et II.

[1] *Monographie no 10, Cross-Canada Survey*, mars 1978 et *Monographie no 11, Cross-Canada Survey of Nursing Homes and Hostel Facilities, A Data Analysis*, mai 1978.

L'Ontario
Les principes et le budget sont actuellement en contradiction avec la fourniture de logements, de services et de soins aux personnes âgées de la province. Les structures de financement, au niveau fédéral et au niveau provincial, tendent à restreindre la construction d'établissements de ce genre, exception faite des pensions surveillées ou des logements complets que finance la SCHL. Les centres d'hébergement des types II et III ne peuvent être financés par la SCHL. Des foyers pour personnes âgées, fournissant des soins des types I et II, ont été construits avec des fonds provenant de la SCHL.

La province compte un stock considérable de logements autonomes pour personnes âgées. Dans bien des cas, les résidants de ces logements commencent à éprouver le besoin de soins qu'il est difficile de dispenser dans de telles circonstances. Les pensions surveillées se sont révélées un échec en maintes régions de l'Ontario. La disposition des lieux, le service des repas, sont insatisfaisants et le choix des soins est trop restreint.

L'Ontario fournit surtout des soins des types I et II dans ses établissements et établit une différence entre les soins personnels et les soins infirmiers. On y trouve une proportion de personnel affecté aux activités, à la thérapie occupationnelle et à l'administration, qui est supérieure à celle des autres provinces, ainsi qu'un très faible pourcentage de résidants qui demeurent jusqu'à leur mort dans ces établissements.

La grandeur moyenne d'un de ces établissements est de 65 lits. On trouve généralement des bâtiments d'un étage ou deux, mais il y en a de plus élevés. Les logements des résidants se répartissent à peu près également en chambres particulières et en chambres doubles à toilettes partagées. L'Ontario est à la tête des provinces en ce qui concerne les cliniques de jour ouvertes dans ces établissements.

De nombreuses communautés ethniques de la province se sont mises à créer leurs propres établissements selon leurs particularités culturelles et linguistiques. Dans les régions rurales, cependant, la tendance des établissements est plus confessionnelle qu'ethnique.

Dans les régions du nord de la province, les difficultés s'aggravent du coût élevé de la construction, de l'isolation, de la dispersion de la population. On a donc tendance à centraliser. Mais il est bien admis, aujourd'hui, que les personnes âgées préfèrent demeurer au sein de leur milieu.

Le Manitoba et la Saskatchewan
Si les principes varient énormément d'une province à l'autre, le Manitoba et la Saskatchewan ont adopté celui de la gamme complète des soins. Les centres d'hébergement du Manitoba dispensent les soins des types I à IV, incluant souvent les soins prolongés, tandis que ceux de la Saskatchewan fournissent les soins des types I à II. Les deux provinces ont le plus faible pourcentage de soins de type I parmi les provinces.

La grandeur moyenne des établissements atteint 60 à 100 lits. Au moins 85% des chambres sont à un lit, quelques-unes avec toilettes particulières. Ce sont généralement des bâtiments à un ou deux étages, mais certains sont plus élevés. Bon nombre d'entre eux ouvrent une clinique de jour. La majorité des résidants du Manitoba achèvent leurs jours dans un établissement, contre le quart seulement en Saskatchewan. Il n'y a pas de pensions surveillées en Saskatchewan et celles du Manitoba ont été converties en centres d'hébergement. Les maisons qui dispensent les soins personnels sont souvent combinées, au Manitoba, avec des centres hospitaliers ou des hôpitaux dans les régions dont la population est dispersée. En Saskatchewan, elles sont complètement séparées.

Les organisations philanthropiques locales apportent un soutien considérable aux établissements pour personnes âgées dans les agglomérations rurales. Dans le nord de ces deux provinces, les vieillards tiennent à rester parmi les leurs. Les Métis et les Amérindiens ont une brève espérance de vie et peu d'entre eux atteignent un grand âge. On s'occupe moins d'eux que des autres dans les établissements pour personnes âgées. Dans le sud-est du Manitoba, il y a de nombreuses personnes âgées qui vivent dans des conditions assez primitives et dont les besoins sont négligés.

Les provinces des Prairies sont parsemées de groupes ethniques bien distincts dans les régions rurales. Ces gens dédaignent volontiers un établissement proche pour en gagner un plus éloigné mais qui abrite ceux de leur ethnie.

Les deux provinces affrontent les mêmes problèmes quand il s'agit de servir des régions isolées dont la population est dispersée.

L'Alberta

Il y a une forte proportion de personnes âgées en Alberta, particulièrement dans les bourgades éloignées. Près de 70% d'entre elles ont *uniquement* le complément de revenu garanti et leur pension de vieillesse pour revenu. Actuellement les personnes âgées ont souvent été élevées et ont vécu à la campagne, mais ce ne sera bientôt plus le cas, car la population mène de plus en plus une vie urbaine et transforme son comportement et ses attentes. En même temps, arrivent des flots de jeunes des autres provinces, attirés par la croissance industrielle.

Des associations ethniques nombreuses et vigoureuses créent des établissements pour leurs personnes âgées. Dans les régions septentrionales, on ne ressent guère le besoin de ces établissements, puisqu'il n'y a là que peu de personnes âgées, à l'exception des Amérindiens. Comme ailleurs dans le nord, ce peuple répugne à se laisser enfermer dans des établissements. Sa culture veut que les vieillards soient entourés des soins de leur famille.

La plupart des centres d'hébergement de l'Alberta sont des établissements privés qui fournissent généralement des soins du type II et parfois du type III. Il y a une forte demande de soins des types III et IV. Les soins du type I sont fournis dans les «lodges» (pensions surveillées) créées par l'Alberta Housing Corporation.

Hors d'Edmonton où les tours d'habitation sont nombreuses, les établissements de l'Alberta ont un seul étage, de 50 à 60 lits, la plupart en chambres à deux lits. Ces établissements sont souvent jumelés à des centres où l'on dispense des soins plus avancés ou à des centres hospitaliers dont ils partagent le personnel et les services.

L'Alberta et la Colombie-Britannique ont la proportion résidants/personnel la plus élevée du Canada. Il y a à peu près deux fois plus de résidants pour un membre du personnel en ces deux provinces que dans les autres. Ceci n'est pas sans dépendre du genre de soins qu'autorise le financement par la SCHL et de l'utilisation de ressources partagées.

La Colombie-Britannique

La population âgée de la Colombie-Britannique forme un groupe relativement indépendant. Bien des personnes âgées n'éprouvent aucunement l'envie de mener une existence protégée, tant qu'elles n'ont pas besoin de soins. Elles ont tendance à quitter l'intérieur de la province pour s'établir près des villes où il est plus facile de se faire soigner.

Mais ceci est en train de changer et les régions éloignées commencent à créer leurs propres services ou à les améliorer. Beaucoup de petites agglomérations sont dans un état de perpétuelle transformation, et, par suite des fluctuations de l'offre d'emplois (exploitations minières et autres projets gouvernementaux), le besoin de logements varie beaucoup.

Les groupes ethniques de la Colombie-Britannique forment souvent des sociétés sans but lucratif en vue de construire des établissements pour leurs personnes âgées. Les principaux groupes ethniques sont britanniques, allemands, centre-européens et japonais.

Le gros de la population de la Colombie-Britannique est établi sur les terres basses du continent et sur la pointe de l'île de Vancouver. Les autres régions n'ont qu'une population très dispersée. Dans ces régions éloignées, l'hébergement accompagné de soins est souvent annexé à l'hôpital local, ou bien un établissement des types I et II est annexé à un établissement des types III et IV, cela constituant la solution la plus économique. Ce genre de jumelage semble avoir du succès.

Les établissements actuellement construits fournissent des soins des types I et II. Les établissements du type III sont classés dans l'échelle des soins de telle sorte qu'ils ne peuvent recevoir une aide financière de la SCHL et sont construits par le ministère de la Santé. La grandeur maximum de ces établissements est de 150 résidants, mais la moyenne se situe autour de 60 à 100 résidants. Les soins s'orientent surtout vers le type I. Ces établissements comprennent surtout des chambres particulières avec toilettes privées. On partage moins de services en Colombie-Britannique que dans les autres provinces.

Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest

Les renseignements reçus de la SCHL à propos des Territoires du Nord-Ouest montrent qu'il n'y a aucune construction d'établissements pour personnes âgées dans ces régions. On y trouve quelques centres d'hébergement privés et des pensions de famille pour personnes âgées dans quelques agglomérations comme Yellowknife.

Dans le Yukon, les établissements sont des unités auto-suffisantes avec services de soins. Le gros de la population du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest est composé d'Amérindiens et d'Esquimaux. La plupart des personnes âgées sont des hommes. Ces gens préfèrent avoir leur propre logement séparé, et recevoir quelques soins, bien que certains optent pour une existence entièrement protégée et toute la gamme des soins. À cause du profond attachement que leur culture dicte aux familles envers les personnes âgées et à cause de leur nomadisme, il est très pénible pour eux de s'adapter à l'entrée et à la vie dans un établissement.

Le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest ont dû abaisser l'âge d'admission à 55 ans, car l'espérance de vie et les effets du vieillissement sur ces populations sont très différents de ce qu'ils sont dans le reste du Canada.

Annexe C Glossaire

Explication des termes utilisés dans la législation des provinces

Activités de la vie quotidienne : Ces activités comprennent l'hygiène personnelle, l'habillage, le soin de la personne, la préparation des repas, la prise de médicaments et bien d'autres choses.

Ambulatoire : (terme médical), Capable de se déplacer avec ou sans auxiliaires mécaniques ou aide humaine.

Centre d'accueil : Une installation où l'on accueille, pour les loger, entretenir, garder sous observation, traiter ou réadapter des personnes qui, en raison de leur âge ou de leurs déficiences physiques, caractérielles, psycho-sociales ou familiales, doivent être soignées, gardées en résidence protégée, ou, s'il y a lieu, en cure fermée.

Centre d'hébergement (Québec) : («Nursing Home» en anglais) Tout établissement destiné à servir à des personnes qui exigent un logement accompagné de soins spécialisés, à l'exception de certains établissements désignés par chacune des provinces. Les centres d'hébergement reçoivent des personnes qui, en raison d'une diminution de leur autonomie physique ou psychique, doivent séjourner en résidence protégée.

Centre hospitalier : Hébergement collectif pour personnes dont les besoins nécessitent des services de santé plutôt que des services personnels.

Pension surveillée (Québec) : («Hostel» en anglais) Immeuble destiné à fournir un logement à un certain nombre de personnes âgées dont les besoins d'aide et de surveillance dans les activités courantes sont minimaux et où l'on doit partager jusqu'à un certain point les installations de cuisine et de bains.

Personne âgée : Une personne d'âge avancé (à partir de 65 ans) qui ne souffre pas d'une maladie causant une incapacité permanente.

Personnel des soins : Le personnel ici entendu comprend les infirmières diplômées, les aides soignantes et toutes les personnes qui dispensent des soins, sauf le personnel des cuisines, de la buanderie et de l'entretien.

Résidant : Une personne qui réside dans un établissement qui fournit, jusqu'à un point déterminé, des soins de surveillance, des soins personnels ou infirmiers.

Soins : Ce terme inclut les soins infirmiers, les soins personnels ou la surveillance, ou n'importe quelle combinaison de ceux-ci, que peuvent exiger des personnes pour raison d'âge, d'invalidité ou d'incapacité mentale ou physique.

Soins personnels (sociaux) : Aide apportée dans les activités de la vie quotidienne comme l'hygiène personnelle, l'habillage et le soin de la personne, en plus de la fourniture du gîte et de la table.

Soins de santé : Ces soins consistent en une aide assez considérable apportée aux activités de la vie quotidienne et en des soins médicaux périodiques, dispensés par des infirmières diplômées.

Références

Bibliographie

Monographies

On peut se procurer à la bibliothèque de la Division des normes et des services spécialisés et techniques, au bureau national de la SCHL, les onze monographies qui suivent, ainsi qu'une bibliographie critique. (Auteurs, A.W. Cluff et P.J. Cluff, Toronto).

1. *Conceptual/Framework*
   Août 1977, 53 pages
2. *Profile of Users*
   Août 1977, 162 pages
3. *Programs and Services*
   Août 1977, 51 pages
4. *A History of Long-Term Care Facilities for the Elderly in Canada*
   Juillet 1977, 17 pages
5. *Definitions of Levels of Care, Nursing Homes and Hostels*
   Juin 1977, 16 pages
6. *Physical Aspects of Designing Nursing Homes and Hostels with Care Services for the Elderly*
   Juin 1977, 18 pages
7. *Research Methodology : Literature and Legislative Review*
   Juin 1977, 11 pages
8. *Legislative Review*
   Juin 1977, 85 pages
9. *Literature Review : An Overview of Socio-Psychological Considerations*
   Juin 1977, 10 pages
10. *Cross-Canada Survey*
    Mars 1978, 97 pages
11. *Cross-Canada Survey of Nursing Homes and Hostel Facilities, A Data Analysis*
    Mai 1978, 143 pages
12. Bibliographie en 6 parties
    (1) *Comprehensive Bibliography*
    Juin 1977, 23 pages
    (2) *Conceptual Framework*
    Juin 1977, 13 pages
    (3) *Profile of Users*
    Juin 1977, 9 pages
    (4) *Programs and Services*
    Juin 1977, 4 pages
    (5) *History of Long-Term Care Facilities in Canada*
    Juin 1977, 2 pages
    (6) *Design Relevant Information*
    Juin 1977, 16 pages

Lectures conseillées

A. L'environnement de l'homme

Hall, E.T. *La Dimension cachée*, Paris, le seuil, 1971

Autres lectures conseillées, en anglais seulement.

Atchley, R.C. *Social Forces in Later Life : An Introduction to Social Gerontology*, Belmont, California: Wadsworth Publishing Co., 1972.

Canter, D. *Psychology for Architects*, London: Applied Sciences Publishers Ltd., 1974.

Goffman, E. *Asylums*, New York: Anchor Books, Doubleday Inc., 1961.

Hall, E.T. *The Hidden Dimension*, New York: Anchor Books, Doubleday Inc., 1969.

Lang, J.; C. Burnette; W. Moleski and D. Vachon, eds. *Designing for Human Behaviour: Architecture and the Behavioural Sciences*, Stroudsberg, Penn.: Dowden, Hutchison and Ross, Inc., 1974.

Lawlon, M.P.; R.J. Newcomer and T.O. Byerts, eds. *Community Planning for an Aging Society: Designing Services and Facilities*, Stroudsberg, Penn.: Dowden, Hutchison and Ross, Inc., 1976.

Newman, O. *Defensible Space*, New York: The MacMillan Company, 1972.

Rosow, I. *Social Integration of the Aged*. New York: The Free Press, 1967.

Shamas, E.; P. Townsend; D. Wedderburn; H. Friis; P. Milhoj and J. Stehouwer. *Old People in Three Industriel Societies*. New York: Atherton Press, 1968.

Sommer, R. *Personal Space: The Behavioural Basis of Design*. Englewood Cliffs, N.B.: Prentice-Hall Inc., 1969.

B. Critères de conception

McClain (Jan.) *L'Habitation et les personnes âgées*, Conseil canadien de développement social, Ottawa, 1976.

Comptes rendus des colloques régionaux et des ateliers organisés par le CCDS et tenus à Winnipeg, Vancouver, Toronto, Montréal et Halifax en 1974-1975 pour discuter des recommandations de l'étude *Plus qu'un gîte*.

Autres lectures conseillées, en anglais seulement.

Goldsmith, S. *Designing for the Disabled*. 3rd Edition, Revised. London: RIBA Publications Ltd., 1976.

Green, I.; B.E. Fedewa; C.A. Johnston; W.M. Jackson and H.L. Deardorff. *Housing for the Elderly: The Development and Design Process*. Toronto: Van Nostrand Reinhold Co., 1974.

Green, I. *Housing for the Elderly Development Process*. Lansing: Michigan State Housing Development Authority, 1974.

Koncelik, J.A. *Designing the Open Nursing Home*. Stroudsberg, Penn.: Dowden, Hutchison and Ross, Inc., 1976.

Milter, D.B. *The Extended Care Facility: A Guide to Organization and Operation*. Toronto: McGraw Hill Book Co., 1969.

National Building Agency. *Sheltered Housing for the Elderly*. London: National Building Agency House, 1977.

U.S. Department of Housing and Urban Development, Office of Policy Development and Research. *Barrier-Free Site Design*, 1976.

Documentation à consulter

Codes

Code national du bâtiment du Canada, Comité associé du Code national du bâtiment, Conseil national de recherches du Canada, Ottawa, 1977.

Normes de construction pour handicapés, supplément no 5 du Code national du bâtiment, Conseil national de recherches du Canada, Ottawa, 1977.

Normes de construction résidentielle, Comité associé du Code national du bâtiment, Ottawa, Conseil national de recherches du Canada, Ottawa, 1977.

Publications de la SCHL

Bulletins des constructeurs. Ces bulletins sont publiés périodiquement pour indiquer les exigences de construction en complément des Normes de construction résidentielle.

Critère d'aménagement du terrain, 1977. Normes et lignes directrices pour l'emplacement d'un projet, avantages, recul et distance entre immeubles, aménagement paysager, etc.

La Sécurité au foyer, 1977. Quelques-uns des dangers qui peuvent surgir dans la maison et à ses alentours. D'utiles suggestions applicables aux établissements pour personnes âgées.

Logements pour les handicapés, 1977. Détails de conception concernant les handicapés physiques de tous les groupes d'âge.

Logements pour personnes âgées, 1977. Lignes directrices couvrant maints détails relatifs à l'aménagement de logements complets pour personnes âgées.

L'usage et la disposition des espaces dans un logement, 1977. Recommandations relatives à la dimension des logements et des pièces et illustrant des agencements conçus d'après la taille du mobilier, les espaces requis pour la circulation, etc.

Code national du bâtiment du Canada (1977)

Dans la recherche des solutions, on devrait comparer les exigences du Code national du bâtiment (1977) aux codes provinciaux en vigueur et aux lignes directrices de conception énoncées dans cette publication.

Références du Code national du bâtiment du Canada

Partie 3 Usage des bâtiments

3.1.2
Les tableaux de la sous-section 3.1.2 portant sur la classification des usages des bâtiments
Tableau des séparations coupe-feu pour divers types d'usages
Degrés de résistance au feu et descriptions des constructions incombustibles
Tableaux des séparations coupe-feu
Murs coupe-feu
Revêtements intérieurs de finition
Densité d'occupation
Utilisation des aires de plancher et tableau de classification des divers types d'usages

3.2.2
Dimensions et construction des bâtiments en fonction des usages
Tableaux des séparations coupe-feu pour les usages de Groupe B-2
Tableaux des séparations coupe-feu pour les usages de Groupe C
Réseaux détecteurs et avertisseurs d'incendie
Mesures de lutte contre l'incendie
Alimentation électrique de secours
Dispositions particulières pour les handicapés physiques
Intensité de l'éclairage, y compris l'éclairage de sécurité
Avertisseurs d'incendie
Exigences relatives aux issues
Réseaux d'extincteurs, généralités
Systèmes d'extraction, généralités
Revêtements intérieurs de finition
Exigences de sécurité, généralités
Stockage des matières dangereuses
Systèmes d'extraction de cuisine
Accès aux issues
Portes de sortie extérieures
Largeur des corridors vers les issues
Indices de propagation de la flamme
Hauteur des garde-corps des escaliers

3.3.3
Établissements hospitaliers, d'assistance ou de détention

3.3.4
Habitations

3.4
Exigences relatives aux issues
Issues, exigences générales
Types d'issues
Issues horizontales
Escalier de secours
Nombre requis d'issues
Distance de parcours
Largeur des issues
Indices de propagation de la flamme
Séparations coupe-feu exigées pour les issues
Vitrage des issues
Issues du hall d'entrée
Escaliers d'issue
Signalisation des issues
Revêtements des escaliers, etc.
Mains courantes des escaliers d'issue
Fenêtres des escaliers d'issue
Garde-corps des escaliers d'issue
Longueur et pente des rampes
Escaliers et hauteur libre
Sens de l'issue
Portes et dispositifs appropriés

3.5
Vides et locaux techniques
Séparations coupe-feu exigées
Protection contre l'incendie
Incinérateurs
Chambres de transformateur
Indices de propagation de la flamme
Vides techniques horizontaux

3.6
Exigences sanitaires
Hauteur libre des pièces
Fenêtres
Ventilation
Équipements de plomberie

Éléments de conception dont traite la législation des provinces

Province ou Territoire

Élément de conception	T.-N.	N.-É.	Î.-P.-É.	N.-É.	Qué.	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yukon/ T.N.-O.
Grandeur				o		o			o	o	
Emplacement et aménagement du terrain				o		o			o	o	
Chambres à coucher			o	o		o			o	o	
Soins infirmiers et postes d'infirmières				o		o			o		
Salles de bains			o	o		o			o	o	
Salles à manger				o		o			o	o	
Salles de réunions et d'activités				o		o	o			o	
Cuisine				o					o		
Buanderie				o		o				o	
Entretien ménager						o			o		
Bureaux de l'administration				o				o			
Locaux du personnel				o		o			o		
Autres locaux			o	o		o			o	o	
Couloirs				o		o				o	
Rampes				o		o			o		
Escaliers				o		o			o		
Portes d'accès				o		o			o	o	
Ascenseurs				o		o			o		
Planchers				o					o		
Murs									o		
Plafonds				o		o			o		
Éclairage			o	o		o			o	o	
Chauffage, aération et climatisation			o	o		o			o		
Évacuation des déchets						o			o		
Fenêtres			o			o	o		o	o	
Revêtements						o					
Mobilier et matériel						o			o	o	
Précautions contre l'incendie			o			o					
Sécurité en général			o			o					
Appel et alarme (autre que d'incendie)						o					

o signifie que la législation en fait spécifiquement mention.

Index

Accessibilité, 34, 46, 48, 49, 51, 91
Accessoires mécaniques, 6, 7
Activités de groupes, 2-5, 9
Activités extérieures, 18, 42, 43, 50
Activités psychologiques et sociales, 1, 5, 6, 8, 17
Activités récréatives, 7, 13, 14, 18, 21, 42, 50
Activités sociales, 4, 7, 17
Administration, 10, 18
Aire de débarquement, 48, 56, 64
Aires d'activités (voir aussi : aires de récréation), 10, 12, 13, 17, 18, 31, 38, 42, 52, 57, 58
Aires de récréation (voir aussi : aires d'activités), 12, 24, 31, 40, 49, 56, 65, 67
Aires de repos, 10, 11, 55, 57
Aires réservées aux visiteurs, 12, 41, 52, 55, 57-59, 72, 74
Allocations journalières, 4, 85
Aménagement paysager, 31, 50, 52, 56, 64, 65
Anthropométriques, données, 76
Appareillage, 37, 65-75
Appartenance religieuse, 14, 50, 63, 86
Approches dépourvus d'obstacles, 13, 25, 26, 48
Approvisionnements (voir aussi : livraisons)
Ascenseurs, 2, 28-30, 66, 70, 92
Auxiliaires de déplacement, 28, 34, 40, 66, 76
Auxiliaires de marche, 26, 30, 48, 49, 76

Baignoires, 36, 66
Bains, 5, 10, 12, 13, 31, 35, 49
Bains tourbillons, 18, 22, 36, 42, 55, 57
Balcons, 25, 32, 42, 56, 67
Bancs et sièges, 48, 56, 65
Barres d'appui, 6, 66, 68, 75
Bénévolat, 4, 10, 11, 17-21, 31, 38, 39, 42, 43, 50, 55, 57
Bibliothèque, 12, 14, 42, 58, 63
Bordures de trottoir, 26, 48, 63, 64, 67
Buanderies, 4, 6, 10, 12, 22, 31, 35, 45, 46, 54, 58, 59, 67, 92
Bureaux des infirmières, 39, 59

Cabinets d'aisances (voir aussi : salles de toilettes), 10, 36, 37, 49, 60, 66, 75
Casse-croûtes et boutiques de menus objets, 12, 42, 54, 58
Centres pour personnes âgées (voir aussi : service de garde), 4, 12, 13, 14, 20, 24, 42, 55, 57, 85, 86
Chambres à coucher, 4, 10, 38, 54, 57, 60, 61, 85, 86, 93
Chapelle, 12, 42, 54, 58
Chauffage, 23, 37, 41, 43, 46, 49, 50, 92
Circulation, 12, 27-29, 32, 41, 44, 46, 49, 52, 71, 77
Circulation, fauteuils roulants, 64, 71
Circulation, intensité de la, 14, 47, 50, 63, 64, 70
Circulation des véhicules, 14, 46, 47
Circulation piétonnière, 14, 26, 47
Civières, 28, 30, 40
Climat, 47, 50, 53
Code d'occupation, 2
Comité consultatif fédéral-provincial de l'assurance-maladie, 3, 5, 6
Communications (voir aussi : panneaux indicateurs), 10, 12, 13, 27, 31, 34, 39, 42, 43, 45, 46, 49, 73
Composition du personnel, 4, 31, 52
Conception, 8, 22, 31, 51-53, 76
Couleurs, 9, 13, 29, 31, 71
Couloirs, 9, 12, 17, 28, 29, 38, 39, 54, 58, 61, 70, 92
Coûts, 3, 14, 23, 57-61, 86
Cuisines, 5, 10, 22, 25, 32, 40, 42, 44, 54, 57, 59, 60, 67, 70, 74
Cuisinettes, 10, 54, 57

Demi-tours, 34, 50, 67
Déplacements, 1, 5, 7, 9, 10, 13, 18, 24, 25, 26, 41, 66, 76
Dépressions, 8, 17
Directeur, 8, 59, 85, 86
Direction, 13, 18, 20, 53
Dispositif de secours, 67
Distances de marche, 14, 50
Douches (voir aussi : douches pour fauteuils roulants)
Douches pour fauteuils roulants, 11, 36, 54, 55, 57, 60, 67

Éclairage, 23, 29-31, 34, 38, 41, 43, 45, 48, 51, 64, 91, 92
Effectifs du personnel, 10, 21
Emplacements, 4, 9, 24, 26, 46, 50, 61
Emplettes, 12, 14, 16, 50
Entrées (voir aussi : vestibules), 26, 57, 59, 70, 75
Entreposage, 31, 49, 52, 55, 59, 60, 68, 91; de l'équipement et des fournitures, 10, 35, 38, 40, 42-46, 58; des effets personnels, 12, 27, 32, 33
Entretien, 1, 5, 6, 10, 20, 22, 25, 31, 43, 45, 46, 53
Entretien ménager, 4, 10, 12, 19, 20, 22, 23, 25, 31, 35, 43, 45, 55, 59, 68, 92
Escaliers, 28-30, 48, 63, 66, 92
Espaces communautaires, 10, 13, 28, 74
Espaces réservés au personnel, 21, 39-42, 61
Établissements dans les diverses provinces, 85, 86, 87
Éviers (voir aussi : lavabos), 70, 84
Exercices, 9, 12, 18, 31, 35, 38, 58

Facteurs de mesure brute, 12, 61
Fauteuils roulants, 5, 6, 9, 28-31, 34, 40, 42, 48, 49, 60, 70, 76, 84
Fenêtres, 29, 31, 32, 39, 49, 70, 84, 91, 92
Financement (voir aussi : coûts)
Fragilité physique ou mentale, 5, 25, 48, 66

Garages, 46, 55, 59
Gérontologistes, 1, 20, 22
Gouvernements municipaux, ii, 16
Gouvernements provinciaux, ii, 4, 16, 85, 88
Groupes communautaires, 2, 31
Groupes ethniques, 85, 86, 87

Handicaps, 5, 18, 29-30, 34
Hôpitaux, 3, 4, 6, 22, 63, 85
Humidité, 49, 83

Incapacités, 5-7, 25, 27, 29, 34, 38, 73, 74, 75-77
Indépendance, 1-9, 13, 17, 19, 31, 33, 85
Infirmerie, 10, 57
Installations tous usages, 17, 31, 38, 42, 54, 58, 59
Intimité, 2, 3, 8, 9, 18, 31, 42, 50

Jeunes vieillards, 1, 3

Lavabos (voir aussi : éviers), 66, 70, 84
Législation, 10, 16, 18, 25
Les très vieux, 1, 2
Livraisons (voir aussi : approvisionnements), 25, 46
Locaux du personnel, 9, 52, 56, 92
Logements, 1, 2, 3, 8

Mains courantes, 6, 26, 28, 30, 31, 48, 63, 64, 71
Marche, 5, 16, 28
Médicaments, 6; entreposage des, 11, 55; thérapie, 1, 11
Mobilier, 31, 38, 41, 46, 55, 59, 71, 76, 92
Morgue, 10, 11, 55, 57

Niveaux, 76-81, 84

Ordures ménagères, 44, 46, 55
Orientation, 1, 10, 11, 28, 29, 35, 49, 51

Panneaux indicateurs (voir aussi : communications), 13, 27, 29, 30, 47-49, 51, 64, 71, 91
Participation familiale, 4, 6, 10, 12, 18
Participation sociale, 4, 6, 10, 13, 17, 20, 24, 43, 50
Patios, 12, 32, 56
Pension de vieillesse, 1, 87
Pensions surveillées, 5, 88
Personnel, 13, 16, 17, 20, 33, 38, 39, 50, 55
Personnel paramédical, 10, 20, 22
Personnes en fauteuils roulants, 26, 27, 31, 32, 35, 41, 63, 65, 67, 69, 71, 78-82
Personnes handicapées, 30, 31, 41, 47, 50, 60, 64, 65, 66, 71, 72, 75, 91
Personnes pouvant marcher ou se déplacer, 5, 31, 60, 69-72, 77, 88
Physiothérapie, 6, 7, 10, 11, 22, 24, 42, 55, 57, 58
Piscines, 23, 54, 57
Planchers, 26, 29-31, 35, 37, 41, 44, 73, 92
Portée (des personnes), 76-81, 84
Portes, 26, 27, 30, 49, 66, 72, 91, 92
Principes régissant les soins accordés aux personnes âgées, ii, 1, 15, 25, 85
Programme architectural, 3, 5, 20, 25, 52, 53
Programmes sociaux, 12, 14, 16, 20
Promeneurs (voir aussi : auxiliaires de marche), 6, 28, 40, 71
Protection contre les incendies, 91, 92
Proximité, 9, 52

Question d'échelle, 2, 9, 53, 61

Rampes, 26, 48, 51, 63, 64, 73, 92
Réadaptation, 7, 11, 22, 36, 52
Régimes alimentaires, 5, 6, 7, 10, 11, 20, 22, 44
Relations avec la collectivité, 8, 12, 17, 22
Repas, 13, 41, 44
Repères, 25, 61
Réseaux de circulation à pied, 28, 51, 56, 63, 64
Revenus, 1, 4, 7
Revêtements, 30, 34, 35, 38, 41, 44, 49, 53, 63, 73, 91, 92
Robinets, 37, 74

Salles à manger, 5, 10, 12, 40-42, 59, 54, 92
Salles de bains, 5, 10, 12, 32, 34, 55, 65, 92
Salles de repos, 10, 11, 55, 57
Salles de toilettes, 39, 42, 43, 59, 75; pour le public, 31, 37, 57, 70; pour les résidants, 34, 35, 38, 54, 60, 61, 74, 75, 85, 86; pour le personnel, 21, 39, 44, 55
Salles de traitement, 10, 38, 55, 57
Salons de beauté et de coiffure pour hommes, 10, 35, 38, 42, 54, 58
SCHL, ii, iii, 5, 12, 85, 86
Sécurité (protection), 2, 9, 28, 50, 51, 92
Sens social et communautaire, 53, 85, 86
Sentiers piétons, 28, 51, 56, 63, 64, 75
Service de garde, 4, 12, 13, 14, 20, 24, 42, 55, 57, 85, 86
Services de santé, 2, 4, 10, 11, 13, 15, 16, 19, 20, 53
Services sociaux, ii, iii, 4-6, 15
Services thérapeutiques, 6, 7, 18, 42
Soins, 1, 2, 3, 5, 8, 10, 12, 19, 31, 32, 61, 86, 87
Soins à domicile, ii, 4, 7, 8, 9, 85, 87
Soins de deuxième type, 3, 4, 6, 21, 23, 28, 33, 38, 57, 58, 62, 85, 86, 87
Soins de la personne, 5, 7, 10, 12, 31, 38
Soins prolongés, 3, 5, 6, 7, 85, 87
Soins de premier type, 3, 4, 5, 21, 23, 32, 38, 58, 62, 67, 85, 86, 87
Soins de quatrième type, 85, 86, 87
Soins de santé, 2, 4, 10, 11, 13, 15, 16, 19, 20, 53
Soins de troisième type, 3, 6, 19, 21, 28, 33, 57, 58, 61, 62, 85, 86, 87
Soins infirmiers, 3, 6, 7, 11, 22, 86, 88
Soins médicaux, 6, 7, 45
Soins personnels, ii, 1, 2, 5, 6, 10, 19, 22, 24, 35, 52, 86, 88, 89
Soins pour cas chroniques, 3, 7, 86
Stationnement, 14, 26, 42, 46-48, 50, 51, 56, 63, 64, 75

Taille des personnes, 76-81, 83-84
Thérapie occupationnelle, 6, 7, 10, 13, 16, 19, 35, 38, 42, 54, 58, 86
Toilette, 12, 31
Traitements, 11, 40
Transport, 4, 10, 12, 14, 23, 42

Ventilation, 31, 34, 37, 38, 41, 44-46, 83, 91, 92
Vestibules (voir aussi : entrées), 28, 55, 57, 60, 82
Vieillards, 1-3
Violons d'Ingres, 16, 31, 32, 38
Visiteurs, 12, 16